

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

VIERUNDZWANZIGSTER BAND.

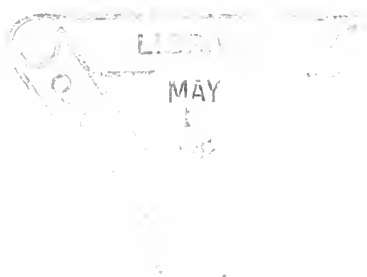
1897.

JANUAR BIS JUNI.

MIT ZEHN TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1897.



RL

1

D447

Bd. 24

Nr. 2, 5-11

Inhalt.

Originalabhandlungen.

	Seite
Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung, von P. G. Unna	1
Über einen Fall von abnorm später Entwicklung der Blennorrhoe, von Albrecht Freiherr von Notthafft.....	22
inktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen, von Heinr. Ransch	65
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum II, von R. Bergh	74
Die Histologie der Hydroa vaccini-forme von Bazin, von V. Mibelli.....	87
Pentosurie und Xanthoma diabeticorum, von P. Colombini.....	129
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna: V. Furunkel des Erwachsenen.....	135
Melanosis et Keratosis arsenicalis, von Ludw. Nielsen.....	137
Langdauernde Inkubation bei Blennorrhoe, von Paul Richter.....	156
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von Unna: VI. Furunkel	181
Über die Sterblichkeit und Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten, von Siegmund Werner.....	183. 224
Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von Arthur Jordan.....	206
Über eine neue Färbungsmethode von Hautschnitten, von A. Mamurovsky...	211
Über die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute, von Ch. Audry.....	212
Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut, von James C. Kellogg.....	233
Bemerkungen über Züchtung und Pluralität der Trichophytonpilze, von P. G. Unna	289
Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Merkurialerkrankungen, von A. Lieven	302
Paraplaste, von P. G. Unna.....	341
Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen, von V. Mibelli.....	345. 415
Über Sklerodaktylie, von Ferdinand Schubiger.....	397
Zur Epithelfaserfrage, von Kromayer.....	449
Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten. Klinisch-statistische Beiträge von Domenico Majocchi.....	460. 497
Zur Epithelfaserfrage, von S. Ehrmann.....	549
Über die pathogene Wirkung der Blastomyeten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten, von Thomas Secchi.....	554. 611
Ein Fall von Alopecia universalis, von M. Goldfarb.....	563
Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Myxödem, von Cornelius Beck.....	597

Versammlungen.

	Seite
Dermatologische Vereinigung zu Berlin.....	24. 158. 368. 434. 620
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.....	27. 213. 304. 373. 470. 623
Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.....	95
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.....	96. 566
VI. Kongress russischer Ärzte in Kiew.....	99
Zweiter panamerikanischer Kongress zu Mexiko.....	161
New Yorker Akademie der Medizin.....	216
New Yorker dermatologische Gesellschaft.....	216. 627
Amerikanische Gesellschaft der Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten.....	220. 314
Dermatologische Gesellschaft von Großbritannien und Irland.....	269. 626
Londoner dermatologische Gesellschaft.....	271. 309. 376. 438
Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft.....	273
The British medical Association.....	307
Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und Hygiene an der Universität Charkow.....	312
Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie an der Universität Moskau....	313
Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau.....	439
Amerikanische dermatologische Gesellschaft.....	441
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.....	565

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.....	31. 168. 326. 524. 574. 638
The British Journal of Dermatology.....	33. 325. 570
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.....	35. 645
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.....	36. 328. 645
Archiv für Dermatologie und Syphilis.....	110. 315. 378. 443. 514. 632
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane....	117. 324. 520. 634
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.....	222. 521. 636
Journal des maladies cutanées et syphilitiques.....	224. 522. 645
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.....	225. 527. 643
Dermatologische Zeitschrift.....	319. 518
Deutsches Archiv für klinische Medizin.....	521
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.....	635
Clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse.....	643

Besprechungen.

Cutaneous Medicine. A systematic treatise on the diseases of the skin, von Duhring.....	118
Die Krankheiten der Prostata und der Samenbläschen, von Picard.....	123
Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von Casper....	123
Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde, von Meissner.....	124
Akute Exantheme, von v. Jürgensen.....	124
Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen. IX. Jahrgang, von v. Baumgarten und Roloff.....	124
Ergebnisse der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane, von Lubarsch und Ostertag.....	227
Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere in ihrer Entwicklung, nebst Bemerkungen über Blutbildung und Haarwechsel, von Ehrmann.....	230

	Seite
Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Lang.....	231
Diagnostik der Harnkrankheiten, von Posner	275
Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden, von Grimm	275
Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, von Oppenheim	276
Über Spätformen von angeborener Syphilis in Form einer Kasuistik, von Donner	277
Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von Finger.....	278
Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut, von Startin	278
Die Hygiene in den Barbierstuben, von Berger	472
Dystrophia papillaris et pigmentaria (Akanthosis nigricans) und ihre Beziehungen zur Carcinomatose der Bauchhöhle, von Couilland.....	473
Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen, von Fliess.	473
Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten nebst einer kurzen Kosmetik für Ärzte und Studierende, von Thimm.....	474
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende, von Joseph.....	475
Dermatotherapeutisches Vademecum, von Ledermann	475

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Kenntnis des Hautnervensystems der Arthropoden, von Holmgren	651
Über eine neue Scheide im Endteile der peripheren Nerven, von Russini.....	652
Haar als Rassenmerkmal und über das Negerhaar insbesondere, von Unna.....	652
Die elektrischen Eigenschaften der Haare und Federn, von Exner.....	653
Physiologie des Haares und der Blutoxydation, von v. Schöler.....	654
Lunge und Haut (eine physiologische Berichtigung), von v. Schöler	654
Über Verhornung, von Rabl.....	654
Studien über normale Verhornung mit Hilfe der Gramschen Methode, von Ernst	655
Die Reaktion des menschlichen Schweißes, von Arloing.....	655
Mitteilungen über Reduktion der Überschwefelsäure durch das Pigment der menschlichen Haut, von Barlow	656
Zur Pigmententwicklung, von Fischel	657

Mikroskopische Technik.

Die ballonierende Degeneration der Hautepithelien, von Unna	657
Elacin, von Unna	658

Bakteriologie.

Biologische Untersuchungen über die Blastomyceten, von Fermi.....	658
---	-----

Hygiene.

Die Prostitution, die venerischen Krankheiten und der Jahrmarkt in Nishnij Nowgorod, von Sarubin.....	658
---	-----

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Bedeutung des Granulationsgewebes bei der Infektion mit pathogenen Mikroorganismen, von Afanassjeff.....	331
Experimentelle Beiträge zu der Lehre von der Resorption, von Ruzicka	332
Über die Absorption der Medikamente durch die Haut, von Linossier und Lannois.....	332

	Seite
Über die Resorption des Methylsalicylats durch die Haut, von Ceconi und Nalin	332
Der Schlaf und seine Beziehungen zu Hautkrankheiten, von Bulkley	333
Über Rheumatoiderkrankungen, von Gerhardt	333
Die Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger Dermatosen, von Barrucco	334
Verminderung der Mikroorganismen der Hautoberfläche durch Bäder, von Remlinger	334
Über das Vorkommen von Schimmelpilzen bei Syphilis, Carcinom und Sarkom, von Kremer	334
Röntgenstrahlen und reflektiertes Sonnenlicht, von Bowles	335
Zur Behandlung der lymphatischen Anämie, von Fürst	335
Autointoxikationen, von Singer	659
Über das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkserkrankungen, von Herz	659
Veränderungen der Knäueldrüsen bei den Nephritikern, von Pollaci	659
Über das konstante Vorkommen von Spaltpilzeinschlüssen in den Zellen bei Eiterungsprozessen des Menschen nebst experimentellen Beiträgen zur Kenntnis und diagnostischen Bedeutung solcher Befunde, von v. Hibler	659
Die Behandlung einiger Infektionen, von Campana	661

Pharmakologie.

Über die Ranzidität der Hebralsalbe, von Dieterich	278
Jodoformin, von y Busdraglie	279
Über Formaldehydgelatine, von Weyland	279
Das Nosophen und seine Verbindungen, von Sonnenberger	279
Über Nosophen, von Seifert	279
Nosophen, von Binz	279
Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper, von Binz und Zuntz	279
Nosophen als Ersatzmittel des Jodoform, von Noack	280
Über Nosophen, von Dreyer	280
Zur dreiprozentigen Nosophengaze, von v. Noorden	280
Untersuchungen über das Tetrajodphenolphthalein (Nosophen) und sein Natronsalz (Antinosin), von Lieven	280
Bakteriologische Untersuchungen über das Antinosin, von Kruse	281
Neue Tatsachen über reduzierende Heilmittel, von Unna	475
Airol, ein neues Wundheilmittel, von Hahn	477
Über den Wert des Amyloforms in der Chirurgie, von Longard	477
Über einige künstlich hergestellte Ester des Cholestearins, von Santi	477
Dünndarmpillen und -Kapseln, von Hausmann	477
Über Gelanthum, von Unna	478
Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Formaldehyd-Casein, von Bohl	479
Ein Fall von Jodoformvergiftung, von Mc. Cormack	479
Zur Wirkung des Loretins, von Wurth	479
Über Pflasterpapiere, von Herxheimer	479
Über die Verminderung der Wirksamkeit von Quecksilber-Sublimatlösungen, in welche organische Stoffe eingelegt werden, von v. Zeynek	480
Vorläufige Mitteilung über die wirksame Substanz in der Schilddrüse, von Hutchinsonson	480
Die Vorzüge des Thiols vor dem Ichthyol, von Muren	480
Über die Verwendung von präserviertem Eigelb zur Herstellung von Salbenkörpern, von Bernegau	577
Die Michlesche Salbengrundlage, von Vulpius	578
Über Aiodin, von Schaergers	578
Praktische Erfahrungen mit Airol, von Rosenfeld	578
Airol, ein neues Wundantiseptikum, von Degle	578
Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Wismuthoxyjodidgallat (Airol), von Ebersson	578
Türkisches Wasser, ein Haarfärbemittel, von Landerer	578
Naftalan, von Rosenbaum	578
Zur Frage über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Schilddrüsenpräparaten, von Sarubin	579

	Seite
Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut, von Müller	579
Silberwundbehandlung	580
Bereitung des Antistreptokokken-Serums, von Bokenham	581
Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin, von Güntz ..	581
Über Jodintoxikation, von Weber	582
Über den Wert der Vasogenpräparate	582
Harnuntersuchungen nach Einreibung mit medikamentösen Vasogenpräparaten, von Monheim	582

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

Ein Fall von sogenanntem angioneurotischen Ödem, von Wright	528
Morbus caeruleus, von Guthrie	528
Raynaudsche Krankheit und Sklerodaktylie, von Fuchs	529
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Marsh	529
Die cerebralen Komplikationen der Raynaudschen Erkrankung, von Osler	529
Die Beri-Beri-Krankheit, von Daeubler	530
Zur Behandlung der Insektenstiche, von Ottinger	531
Ausschlag nach zu starken Strychningaben, von Dulberg	531
Über das Chloralexanthem, von Geill	531
Ein Fall von schwerem Quecksilberexanthem, von Issersohn	532
Akute, hämorrhagische Septikämie, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von Ballance und Abbott	532
Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von Steer	532
Purpura haemorrhagica mit Netzhautblutungen, von Matthews	533

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

Die Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes, von Ajello und Parascandolo	533
Ein Fall von perforierenden Darmgeschwüren nach einer Verbrennung, von Tobiesen	534
Die Behandlung der Verbrennung, von Brown	534
Pikrinsäure gegen oberflächliche Verbrennungen und Brandwunden, von d'Arcy Power	534
Zwei Fälle von Karbolgangrän, von Rosenberg	535

II. Neurotische.

Über Erythromelalgie, von Dehio	535
Zwei Fälle von Erythromelalgie, von Heimann	536
Ein Fall von Erythromelalgie, von Pezzoli	536
Über die Natur des Herpes zoster, von Paggi	536
Behandlung des Herpes zoster, von Ohmann-Dumesnil	536
Herpes des äußeren Ohres, von Sommers	536

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Eine Variolaepidemie in Marseille, von Bourneville	281
Zur Mischinfektion akuter Hautexantheme, von Samter	281
Über Varietäten des Typhusexanthems und ihre Bedeutung, von Singer	281

	Seite
Warme Bäder (34° C.) bei den Infektionskrankheiten der Kinder, von Bosc....	282
Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen, von Steiner.....	282
Zwei Todesfälle bei Varicellen, von Löhr.....	282
Über Variola, von Wassermann.....	282
Die Blatternepidemie in Bern, von Fueter.....	283
Zur Kontagiositätsfrage der Variola, von v. Arx.....	283
Die Pockensterblichkeit in Bayern in den Jahren 1857/58—1892, von Boehm..	283
Wissenschaftliche Untersuchungen über das spezifische Infektionsagens der Blattern und die Erzeugung künstlicher Immunität gegen diese Krankheit, von Sternberg.....	284
Die Bedeutung der Krankenpflege bei Blatternkranken.....	284
Über Impfschäden, Impfxantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen, von Voigt.....	285
Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung, von Jäger.....	286
Die Impfung vor der württembergischen Abgeordnetenversammlung und die Erfolge der Aufhebung des Impfzwanges in der Schweiz.....	286
Zur Frage der Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten, von Witte....	286
Mitteilungen aus der königl. Vaccinationsanstalt zu Kopenhagen, von Bondesen	286
Über den prognostischen Wert der Impfnarben, von Raymond.....	287
Die Erzeugung, Aufbewahrung und Anwendung der Vaccine, von Martin.....	287

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Zur Leprafrage, von Blaschko.....	333
Einige Bemerkungen zur Lepra nach den Erfahrungen aus dem Leprahospital zu Rio de Janeiro, von Havelburg.....	333
Die verschiedenen Knotenformen der Lepra, Bemerkungen gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Cutislepromen, von Unna.....	334
Bericht über das Leprahospital von Rio de Janeiro, von Lima.....	335
Über Lepra, von Joseph.....	335

ß. Tuberkulose.

Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose, von Liechtenstein.....	335
--	-----

γ. Syphilis.

Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues, von Stroeheimberg ...	388
Die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Novgorod, von Herzenstein..	388
Die Verbreitung der Syphilis und ihre ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernogrjasschen Kreises des Gouvernements Moskau, von Skatkin.....	388
Die Verbreitung der Syphilis im Nikolajewschen Kreise des Gouvernements Samara, von Nikitin.....	389
Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis, von Feulard.....	390
Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten, von Lesser.....	391
Die Prognose der Syphilis, von Fournier.....	391
Syphilis maligna secundaria, von Haslund.....	392
Einige weniger gewöhnliche Formen syphilitischer Erkrankung, von Mc. Call Anderson.....	392
Die Recidive der syphilitischen Roseola, von Fournier.....	393
Syphilis insontium, von Lenz.....	393
Vorlesungen über infantile Syphilis, von Coutts.....	393
Ausnahmen des Collesschen Gesetzes, von Ogilvie.....	394
Klinische Formen der konzeptionellen Syphilis, von d'Aulney.....	394
Über syphilitische Reinfektion, von Andriani.....	394
Lokalisation von Schankern auf ungewöhnlichen Stellen, von Griffin.....	395
Hartnäckiger Schanker der Unterlippe, von Montgomery.....	395
Ein Fall vonluetischem Primäraffekt der Conjunctiva, von Hitschmann.....	395

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

	Seite
Fall von akuter Nephritis infolge eines allgemeinen impetiginösen Ekzems, von Bandel	38
Therapie des <i>Eccema marginatum</i> (Hebra), von Gál.	38
Drei Fälle von Augenleiden bei <i>Ichthyosis simplex</i> , von Hübner.	38
Psoriasisfälle, welche wahrscheinlich durch Ansteckung verursacht waren, von Cantrell	39
Zur Frage über die Ansteckungsfähigkeit der <i>Psoriasis vulgaris</i> , von Trapesnikow	39
Über <i>Psoriasis linguae areata</i> , von Iwanow	39
Praktische Anweisungen zur Behandlung der <i>Psoriasis vulgaris</i> , von Grünfeldt	39
Zur Therapie der <i>Psoriasis</i> , von Kaposi.	39
Allgemeine exfoliative Dermatitis nach <i>Scarlatina</i> , von Nicoletti	40
Dermatitis exfoliativa neonatorum, von Tánago y Garcia	41
Fall von recidivierendem <i>Erythema scarlatiniforme desquamativum</i> , von Ancitrano	41
Ein neues <i>Raspatorium</i> zur Behandlung der <i>Trichophytie</i> , von Colombini.	41
Über die schwarze Haarzunge, von Röstowjew	41
Beitrag zur Lehre von der schwarzen Haarzunge, von Schmiegelow	41
Harnuntersuchung einer Pemphiguskranken, von Fodor	42
Der Befund des Rückenmarks und peripherer Nerven bei einem Fall von <i>Pemphigus foliaceus</i> , von Bargum	42
Über die lokale Behandlung der Akne, von Bronson	42
Zur Ätiologie und Histologie der <i>Trichophytie</i> (<i>Sykosis parasitaria</i> Bazin), von Ullmann	43
Behandlung der <i>Sykosis coccogenes</i> , von Frèche	44

b. der Cutis.

<i>Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi</i> , von Tánago y Garcia	44
Über die epidemische Stomatitis, die im Sommer 1895 in Wilna geherrscht hat, von Stembo	44
<i>Staphylokokkämie</i> infolge von Furunkulose, von Gangitano	44
Ein Beitrag zur Kenntnis der <i>Dermatitis pyaemica</i> , von Finger	45
Die bakteriologische Diagnose des <i>Ulcus molle</i> , von Colombini	45
Extragenitale <i>Ulcera mollia</i> , von Krefting	46
Merkmale des weichen Schankers am Kopfe, von Fournier	46
Über <i>Ulcera contagiosa</i> in der Harnröhre (Harnröhrenschanker), von Schönfeld	46
Zur Kasuistik des <i>Ulcus molle</i> in der Harnröhre, von Goldenberg	46
Über die günstige Einwirkung von Jodkalium auf die Heilung des <i>Ulcus molle</i> , von Lanz	47
Zur Behandlung der Inguinalbubonen mittelst Einstich mit nachfolgender Injektion von <i>Argentum nitricum</i> -Lösung, von Timofeev	47
Über <i>Pemphigus vegetans</i> , von Köbner	47
Ein Fall von <i>Pemphigus vegetans</i> Neumann, von Vögler	47
Ein Fall von <i>Mykosis fungoides</i> , von Krey	48
Über das Vorstadium der <i>Mykosis fungoides</i> , von Du Castel	49
<i>Erysipel</i> und <i>Erythemformen</i> , von Pertat	49
<i>Erysipel</i> geheilt mit Injektionen von <i>Antistreptokokkenserum</i> , von Lust	49
Zur Behandlung des <i>Erysipels</i> mit Vaseline, von Köster	49
<i>Erysipelartiges Ödem</i> des Gesichts, von Dubois-Havenith	49
Ein Fall von <i>Elephantiasis</i> des Beines mit Papillombildung am Fulse infolge von <i>Erysipel</i> , von Alessandro	49
Über <i>Pustula maligna</i> mit sekundärer hämorrhagischer Infektion, verursacht durch einen spezifischen Bacillus, von Babes und Pop	49
Zur Lichenfrage, von Neumann	50
Über <i>Noma</i> , von Nicolaysen	50
<i>Rhinosklerom</i> , von Freudenthal	50

C. Progressive Ernährungsstörungen.

Über das Vorkommen von <i>Blastomyceten</i> in den Epitheliomen und ihre parasitäre Bedeutung, von Binaghi	51
--	----

	Seite
Eine neue Art von Blastomyceten, von Roncali	51
Über eiterige Prozesse in der Vorgeschichte der Krebskranken, von Lambotte	51
Zur Frage der Behandlung der malignen Neoplasmen mittelst Erysipeltoxins, von Koch	51
Ein Fall von Hautsarkomatose, von Brigidi	51
Carcinom der Brustdrüse beim Manne, von Sengense	52
Lokale Anwendung von Antimontrichlorid in einem Falle von Epitheliom des Gesichts, von Palmer	52
Ein Fall von primärem Epithelioma sebaceum, von Delore	52
Ein Fall von Epithelialcarcinom der Nase von dreijähriger Dauer, von Weed ..	52
Meibomsches Epitheliom des Augenlidknorpels, von Dor	52
Multiple Talgdrüsentumoren, von Rafin	52
Über Endotheliome, von Hansemann	53
Über die Bezeichnung „Endotheliom“, von Volkmann	53
Ein Fall von Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, von Elschnig	53
Ein Fall von Angioma auriculae, durch Operation geheilt, von Gruber	53
Ein Fall von multiplen, subkutanen Lipomen, von Moscato	54
Protozoen bei Lipom, von Vedeler	54
Die Diagnose des Epithelioma contagiosum, von Schamberg	54
Über das Epithelioma contagiosum, von Winogradow	54
Akanthosis nigricans, von Eichhorst (Heuss)	55
Ein Fall von angeborener papillomatöser, sog. neuropathischer Warzenbildung, von Spiegelberg	55
Über endotheliale Hautwarzen und ihre Beziehungen zum Sarkom, von Bauer ..	56
Ein Fall von Lymphangiektasie und Lymphorrhagie, von Haferkorn	57
Hypertrophierende pulmonale Osteo-Arthropathie und Akromegalie, von Thayer ..	57
Über die Malariapigmente, von Boisson	57
Ein seltener Fall von Morbus Addisonii, von Hansemann	57
Über die traumatische Entstehung des Morbus Addisonii, von Schmey	58
Fall von Addisonscher Krankheit mit Ausgang in Heilung, von Cervellini	58
Über einen Fall diffuser Hautpigmentation mit einer eigentümlichen Verteilung des Pigments auf der Hautoberfläche, von Palatschenko	58

D. Regressive Ernährungsstörungen.

Ulcus cruris, von Eldén	59
Ein Fall ausgebreiteter Telangiektasie, von Levi und Lenoble	59
Medikamentöse Behandlung der Hämorrhoiden, von Naegeli-Ackerblom	59
Weitere Beobachtungen über Alopecia praematura oder praesenilis und deren häufigste Ursache — Eccema seborrhoicum, von Elliot	59
Über die Behandlung der Alopecia areata mit Acidum aceticum und Skarifikationen, von Faivre	60
Die nicht spezifische, symptomatische Alopecie, von Ohmann-Dumesnil	60
Klinische Untersuchungen über einige Fälle von Sklerodermie und ihre Beziehung zum Trophismus der Haut; kurze Betrachtung über diesen Trophismus bei der Vitiligo, von Montesano	60
Akute Leberatrophie bei Sclerema neonatorum, von Aufrecht	61
Sklerodermie, von Weber	61
Die Morvansche Krankheit, ihr Verhältnis zur Syringomyelie und Lepra, von Prus	61
Die Erkrankungen der Haut bei Diabetes, von Morrow	63
Über diabetischen Brand, von König	64
Vitiligo, seine Ursache und Behandlung, von Ohmann-Dumesnil	64
Anomalie der Haarfärbung, von Bourneville	64
Trichorrhexis nodosa, von Barlow	64

Idioneurosen.

Zur Behandlung des Pruritus vulvae, von Ruge	661
Zur Pathologie und Therapie des Pruritus, von Wannemaeker	661

Sekretionsanomalien.

Zwei Fälle von Chromidrosis, von Stott.....	661
Zur Behandlung des Schweißstufses, von Adler.....	662
Schwerer Fall von Hysterie, von Behr.....	662

Saprophyten und Fremdkörper.

Eine Ikterus-Epidemie in King's Linn, von Plowright.....	662
Eine Ikterus-Epidemie, von Auerbach.....	662
Zur Pathologie des Ikterus, von Renvers.....	663

Mißbildungen.

Ein seltener Fall von Hypertrichosis universalis acquisita, von Sarubin.....	663
--	-----

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Über den diagnostischen Wert des lokalen Temperaturnachweises bei Affektionen der Urethra und Prostata, von Barrucco.....	175
Über intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut, von Klein und Groschuff.....	175
Glaskanüle zur Spülung der Harnröhre, von Tuffier.....	176
Harnröhren-Instrumente aus Glas, von Grünfeld.....	176
Kühlsonden bei verschiedenen Affektionen der Urethra, der Prostata und des Rectums, von Barrucco.....	176
Sonden für die elektromagnetische Behandlung der nervösen Affektionen des Geschlechtsapparates, speziell bei der Neurasthenie, von Barrucco.....	177
Urethritis infolge von Masturbation, von Faitout.....	177
Ausspülung der hinteren Harnröhre und Blase ohne Katheter, von Marx.....	177
Ein Fall von Urethrocele bei der Frau, von Beck.....	177
Über die Urethrocele beim Weibe, von Routier.....	178
Ein Beitrag zu den angeborenen Klappenbildungen im Bereiche der Pars prostatica urethrae (trichterförmiger Klappenverschlufs), von Schlagenhauser.....	179
Pathologische und klinische Wichtigkeit der Verengerung des Harnröhreneinganges. Anzeigen zu dessen Durchtrennung und neue Operationsinstrumente, von Barrucco.....	395
Angeborener Verschlufs der Harnröhre. Bericht über eine Operation, von Allen.....	396
Angeborene Verengerung der Harnröhre, von Guibé.....	396
Strikturen der Urethra des Weibes, von Kleinwächter.....	481
Über die Elektrolyse bei der Behandlung der Urethralstrikturen, von d'Haenens.....	481
Resektion der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler Striktur, von Cappelen.....	481
Rifs der Harnröhre bei einem Radfahrer, von Moniot.....	482
Die Behandlung der Ruptur der Harnröhre durch sofortige Naht und Drainage der Blase, von Weir.....	482
Ruptur der Urethra während des Coitus, von Ganz.....	482
Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes. Entfernung durch Urethrotomia interna, von Tousey.....	482
Ein merkwürdiger Fall von Fremdkörpern in der Harnröhre, von Gibert.....	482
Ein Messingring 12 Jahre im Penis eingeschlossen, von Lefleive und Barbulée.....	483
Ein Harnröhrenstein, von Rörig.....	483
Fremdkörper in der Urethra und der Blase, von Loison.....	483
Die Entfernung einer während der chirurgischen Behandlung in der Harnblase zurückgebliebenen Bougie conductrice durch ein Instrument neuer Konstruktion, von Baumgarten.....	484

	Seite
Voluminöser Blasenstein, von Verhoogen	484
Untersuchungen über die Muskelschichten der Harnblase und die Struktur des Sphinkter internus, von Versari	484
Über die entnervte Blase, von v. Zeissl	484
Enuresis, von Martin	484
Einige Formen nicht obstruktiver Ischurie, von Stein	485
Enuresis bei Kindern, von Williams	485
Zur Kenntnis der traumatischen, intraperitonealen Ruptur der Harnblase, von Holgerstedt	485
Ein Fall von Blasenruptur, von Cramer	485
Extraperitoneale Zerreißung der Blase, von Audry	485
Auskratzung der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündung, von Motz	486
Zur Anwendung des Verweilkatheters bei akuter Cystitis, von Schulz	486
Tuberkulose der Blase; ihre Erscheinungen und Behandlung mit Hilfe des Cystoskops, von Reynolds	487
Extirpation der Blasenschleimhaut wegen Tuberkulose der Blase	488
Einfache und zuverlässige Blasendrainage, von Dawbarn	488
Über die Hinzufügung eines einseitigen oder zweiseitigen queren Schnittes zur medianen Sectio alta, von Audry	488
Über eine neue Methode, die Harnblase durch das Cavum ischio-rectale zu eröffnen von Levin	488

b. Hoden und Samenbläschen.

Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen, von Rehfisch ..	488
Die Entstehung der Samenkörper, von v. Bardeleben	489
Über die sogenannten Zwischenzellen des Hodens und deren Bedeutung bei pathologischen Veränderungen, von Hansemann	489
Hodenschmerz, von Edmondson	490
Ein Fall von Achsendrehung des Hodens, von Sheen	490
Kongenitale Anomalie des rechten Hodens, von Parona	490
Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren, der an Ektopie eines Hodens litt, von Binaud und Chavannaz	490
Wirkung der Kastration auf die Entwicklung des Knochensystems, von Poncet ..	491
Über Hodenprothesen, von Loumeau	491
Spermatorrhoe, behandelt mit dem Psychrophor, von Le Clerc	491
Frühzeitiger Verschluss der Ductus ejaculatorii, von Burnett	491
Primäre gummöse Epididymitis, von Reale	491
Fall von hysterischer Epididymitis, von Morel	491
Fall von tuberkulöser Orchitis, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt. Dauernde Heilung, von Halsted	492
Die Verkalkung der Tunica vaginalis als Komplikation einer alten Hydrocele, von Roswell	492
Über die Ruptur der Tunica vaginalis bei der Hydrocele, von Burdet	493
Die Injektionen von Jodoformäther in der Behandlung der Hydrocele, von Ponsard ..	493
Die radikale Behandlung der Hydrocele tunicae vaginalis, von Rörsch	537
Radikalbehandlung der Hydrocele durch Inversion der Tunica vaginalis, von Doyen ..	537
Über irritierende Injektionen und Drainage bei der Behandlung der Hydrocele, von Nicaise	537
Zur Kenntnis der spezifischen Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes, von Fürbringer	538

c. Prostata.

Über die Entstehung von Prostatitis und Harnröhrenstriktur durch das Radfahren mit schlecht passendem Sattel, von Townsend	538
Über die Häufigkeit der verschiedenen Arten der Prostata-Hypertrophie, von Motz ..	538
Über die sogen. Hypertrophie der Vorstehdrüse und über anatomische Grundlagen der senilen Insuffizienz der Blase von Ciechanowsky	538
Über Prostatahypertrophie und deren Behandlungsmethoden, von Viertel	539
Ein Instrument zur Massage der Prostata, von Swinburne	540
Zur leichteren Ertragung des Verweilkatheters bei Prostatikern von Guépin ..	540
Für voluminöse Prostata neue elastische Katheter, von Phélip	540

Die subcutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Lauenstein	540
Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion des Vas deferens, von Dumstrey.....	540
Hypertrophie der Prostata. Inkomplete Harnverhaltung. Resektion der Vasa deferentia. Heilung, von Zuckerkandl.....	541
Schwere Fälle von Prostatahypertrophie, von Pavone und Frassi.....	541
Prostatahypertrophie mit Resektion der Vasa deferentia, von Loumeau.....	541
Über die Resektion der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie, von Helferich.....	541
Über die Kastration bei Prostatahypertrophie, von Czerny.....	541
Zur Kastration gegen Prostatahypertrophie, von Borelius.....	541
Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Charlton.....	542
Vergebliche Kastration bei Prostatahypertrophie, von Kelsey.....	542
Bilaterale Kastration wegen Prostatahypertrophie nebst Bericht über einen einschlägigen Fall, von Meyer.....	542
Sehr schwere Erstickungsanfälle bei einem an Prostatakrebs erkrankten Manne, von Dubuc.....	542
Über osteoplastisches Carcinom der Prostata, zugleich ein Beitrag zur Genese der perniciosen Anämie, von Braun.....	543

d. Nieren, Ureteren und Harn.

Einfaches Urometer, von Cavazzani	582
Über ein neues Urometer und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn, von Lohnstein.....	583
Über Konservierung von Harnsedimenten, von Gumprecht	583
Veränderungen des Harns bei Katarakt, von Frenkel.....	584
Über einen seltenen Fall von Hämaturie (Prostatahämorrhoiden), von Krauss..	584
Pathogenese und Behandlung der Hämoglobinurie, von Plicque	585
Hämoglobinurie bei Malaria, von Ferrier.....	585
Beitrag zur Lehre von der Albumosurie, von Leick.....	585
Über cyclische Albuminurie, von Marie.....	585
Hydrothionurie, das Auftreten von Schwefelwasserstoffgas im Urin, von Scott..	585
Oxalurie und die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin, von Dunlop.....	585
Zur Kenntnis der Ausscheidung von Fibrin und fibrinartigen Gerinnseln, von Klein	587
Über den Nachweis von Pepton im Harn, von Robitschek.....	588
Über die Ausscheidungen im Urin während des akuten Gichtanfalls mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure, von Pfeiffer.....	588
Die Ursache der Unwirksamkeit verschiedener gegen harnsaure Diathese empfohlener Mittel, von Mordhorst.....	588
Über die Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente, von Mordhorst	589
Über die diuretische Wirkung des Harnstoffs, von Friedrich.....	589
Bestimmung des Harnstoffs im Urin, von Linossier.....	589
Die Frühdiagnose der descendierenden Tuberkulose des uropoetischen Systems, von Meyer.....	590
Wert der Cystoskopie zur Feststellung der Frühdiagnose bei Nierentumoren....	590
Ein verirrter Ureter, von Maxson	590
Neue Beobachtungen von Ureterenimplantationen in die Flexura romana bei Ectopia vesicae, von Maydl.....	590

e. Labien, Vagina etc.

Ein Fall von Spontanheilung einer Blasen-Scheidenfistel, nebst Zusammenstellung von 235 spontan geheilten Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes, von Boden	591
Ein Fall früher physischer Entwicklung eines 6½-jährigen Mädchens, von Wladimirow	591
Atresia hymenalis congenita, von Müller	591
Über Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen, von Fischer.....	592
Haematocela para-vaginalis im Gefolge der Punktion einer Hydrocele, von Lemichez.....	591
Kraurosis vulvae, von Neumann	592

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

	Seite
Über den Gonococcus in der gerichtlichen Medizin, von Simon	335
Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Blennorrhoe, von Kiefer	336
Über die Reaktion des blennorrhoeischen Eiters und der Harnröhrenschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gono- coccus, von Colombini	336
Eine neue Methode zur Färbung der Bakterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat, von Pick und Jacobsohn	336
Über Züchtung des Gonococcus in Reinkulturen an Tieren, von Heller	337
Kulturen von Gonokokken, von Nicolaysen	337
Über blennorrhoeisches Fieber, von Róna	337
Die Bakteriurie als Komplikation der blennorrhoeischen Erkrankung von Schlifka	339
Blennorrhoeische Entzündung, von Hopkins	339
Experimentelle Blennorrhoe bei neugeborenen Kaninchen, von Heller	543
Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Weibes, von Schultz	543
Über latente Blennorrhoe des Weibes, von Pryor	546
Die Blennorrhoe beim Weibe und ihre Behandlung, von Carrick	546
Beitrag zur Lehre der infektiösen Vulvovaginitis bei Kindern mit Bemerkungen über die Ophthalmoblennorrhoe, von Sheffield	547
Über einen Fall von Rheumathritis blennorrhoeica bei einem neugeborenen Kinde, von Tyrrell	547
Blennorrhoe des Rectum, von Murray	547
Über die Rectalblennorrhoe bei Frauen, von Baer	547
Über diffuse blennorrhoeische Peritonitis, von Kiefer	548
Die Abortivbehandlung des Trippers, von Lyons	593
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe des Mannes, von Cassine	593
Über die Therapie der Blennorrhoe nach Janets Methode, von Bukovsky	593
Die Kaliumpermanganat-Irrigationen bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Swinburne	593
Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol, von Legueu und Lévy	594
Zur Frage der radikalen Behandlung der chronischen Blennorrhoe beim Manne, von Preiss	594
Über die diffuse blennorrhoeische Peritonitis, von Bröse	594

Verschiedenes.

Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe für 1896 und 1897	179
Antwort an Herrn Jessner, von Proksch	180
Bemerkung zu der vorstehenden Antwort des Herrn Proksch, von Jessner	180
Niederlandsche Vereeniging van Dermatologen	232
Internationaler medizinischer Kongress in Moskau. 8. Sektion (Dermatologie und Syphiligraphie)	232
Über die Vorteile, welche aus dem Studium der Dermatologie abzuleiten sind, von Mackenzie	287
Aus Dr. Ledermanns Poliklinik für Hautkrankheiten, von Berliner	288
Eine neue Methode zur Herbeischaffung von Material für Hauttransplantationen, von Lusk	288
Die neue Prüfungsordnung für Mediziner. Besprechung und Vorschläge, von Hasse	340
Hauttransplantation nach Thiersch, von Menger	340
Geheimmittel-Analysen des Berliner Polizeipräsidiums	340
Inguinale und scrotale Cysten bei Kindern, von Manley	340
69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Braunschweig, 20. bis 25. September 1897	448
Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Untersuchungen der Bubonenpest in Bombay, von Childe und Surveyor	493
Die Einnuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking, von Maignon	494
Personalia	496

	Seite
XII. internationaler medizinischer Kongress in Moskau.....	496
Die Bedeutung der Dermatologie auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaft, von Selenow.....	595
Die Behandlung frischer Finger- und Handverletzungen, von Beyer.....	595
Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Nebennieren. Wirkungen der Transplantation derselben, von de Dominicis.....	596
Hauttransplantation nach Krause bei den plastischen Operationen im Gesicht, von Erdmann.....	596
Henri Feulard †, von Sack.....	596
Bemerkungen auf die Ehrmannsche Erwiderung „Zur Epithelfaserfrage“, von Kromayer.....	664
Eine Badewanne für die Schädeloberfläche, von Graeupner.....	664
Das neue Tuberkulin-Koch.....	664

IV. Notizen.

(Vacat.)

V. Sachverzeichnis.....	665
VI. Namenverzeichnis.....	683

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

	Zu S
Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung, von P. G. Unna (Tafel I u. II).....	1
Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen, von H. Rausch (Tafel III).....	65
Die Histologie der Hydroa vacciniforme von Bazin, von V. Mibelli (Tafel IV).....	87
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, P. G. Unna	
V. Furunkel des Erwachsenen (Tafel V).....	135
VI. Furunkel (Tafel VI).....	181
Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von A. Jordan (Tafel VII).....	206
Histologische Untersuchungen der Einwirkung des Resorcins auf die gesunde Haut, von J. C. Kellogg (Tafel VIII).....	233
Über Sklerodaktylie, von F. Schubiger (Tafel IX).....	397
Zur Epithelfaserfrage, von Kromayer (Tafel X).....	449

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34. — Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —

Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller Separatabzüge, Dissertationen, Monographien u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, ergebenst ersucht. Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — ausser an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzer in Bremen, Am Dom 6, eingesandt werden.

Das leichtverdaulichste
aller arsen- und eisenhaltigen Mineralwässer.



Nach der von dem k. k. o. ö. Professor der medic. Chemie, Herrn Hofrath Dr. Ernst Ludwig, vorgenommenen chem. Analyse enthält dieses Wasser in 10 000 Gewichtstheilen:

Arsenigsäureanhydrid 0.061
Schwefelsaures Eisenoxydul 3.734

Ausschliessliches Versendungsrecht
durch die Firma

HEINRICH MATTONI

Franzensbad. WIEN. Karlsbad. Budapest.

Ein Post-Colli { 50 Pf. Porto nach Deutschland } fasst 6 Flaschen Guberquelle.
30 kr. " " Österreich

Zu haben in allen Apotheken und Mineralwasserhandlungen.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen. Von HEINR. RAUSCH. (Mit Tafel III.) S. 65. — Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum. II. Von R. BERGH. S. 74. — Die Histologie der Hydroa vacciniforme von Bazin. Von V. MIBELLI. (Mit Tafel IV.) S. 87.

Versammlungen. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. S. 95. — Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest. S. 96. — VI. Kongress russischer Ärzte in Kiew. S. 99.

Fachzeitschriften. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 37, Heft 1 und 2. S. 110. — Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Band 7, Heft 7—9. S. 117.

Besprechungen. LOUIS A. DUHRING, Cutaneous Medicine. A systematic treatise on the diseases of the skin. S. 118. — H. PICARD, Die Krankheiten der Prostata und der Samenbläschen. S. 123. — L. CASPER, Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. S. 123. — P. MEISSNER, Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde. S. 124. — THEODOR v. JÜRGENSEN, Akute Exantheme. S. 124. — P. v. BAUMGARTEN und F. ROLOFF, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen. IX. Jahrgang. S. 124.

Mitteilungen aus der Litteratur. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates. S. 125.

Aphasie, Meteorische, im Frühstadium eines akuten Exanthems 95.

Blasengeschwülste, Intravesikale Operation der 117.

Coitus reservatus als Ursache der Neurasthenie 109.

Cystitis, Chronische, mit konsekutiver excentrischer Hypertrophie und Insufficienz der Harnblase 96.

Durchlässigkeit der Haut 104.

Elektrode zur Elektrisierung der Prostata 99.

Entstehung der Geschlechtsdrüsen aus dem Keimepithel 127.

Epithelioma contagiosum 105. 116.

Exantheme, Akute 124.

Geistige Störungen im Gefolge kongenitaler Difformitäten und Affektionen des Genitalapparates 125.

Harnröhre und Blase, Anatomie und Physiologie der 128.

Harnröhrenresektion, Partielle, wegen Striktur 97.

Harn- und Geschlechtswerkzeuge beim Manne, Erläuterung der Lage der 125.

Harnwege, Infektion der 117.

Hautkrankheiten 118.

Hermaphroditismus verus bilateralis beim Schweine 127.

Hornzellen, Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der 65.

Hydroa vacciniforma von Bazin, Histologie der 87.

Kathetersterilisation 118.

Kohlensäure, ihre Wirkung auf das sexuelle System 127.

Lepra in den Baltischen Provinzen 106.

Lupus, Therapie des 108.

— erythematosus 97.

— Akuter erythematöser 111.

Metallsonden 98.

Methode der subkutanen Einführung von Quecksilber bei der Behandlung mittelst Schwefelwannen 105.

Mikroorganismen, Jahresbericht über pathogene 124.

Mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 117.

— — der ärztlichen Sprechstunde 124.

Mikrosporon furfur 112.

Molluscum contagiosum 105. 116.

Mykosis fungoides (Alibertsche Krankheit), Das erste und zweite Stadium der 114.

Onanismus bei Kindern 108.

Pemphigus foliaceus 105.

Pigmentarkom der Haut, Zur Pathologie des multiplen idiopathischen 103.

Pityriasis rosea (Gibert) 114.

Prostata und Samenbläschen, Krankheiten der 123.

Pseudohermaphroditismus 127.

— — externus femininus bei einem Neugeborenen 127.

Quecksilberausscheidung durch den Schweiß 103.

— durch den Harn bei interner Einführung 106.

Schimmelpilze, Pathogene: Mannigfaltigkeit ihrer Wachstumsformen („kultureller“ Pleomorphismus) 110.

Sklerodermie, Pathologische Anatomie der 108.

Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum 74.

Syphilis, Kampf mit der 103.

— Affektionen des Rachens bei 105.

— Nierenaffektionen bei 113.

— hereditaria tarda 96.

— Schwere galoppierende, mit anhaltendem Fieber 102.

— und venerische Krankheiten in der Armee des Kiewschen Militärbezirks 1889—93: 108.

Syphilisbehandlung mittelst Blisterserum 100.

Syphilitiker, Wirkung von Blisterserum bei subkutanen Injektionen auf die Zusammensetzung des Blutes der 101.

Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane, Primäre 126.

Ureteren, Diagnostische Bedeutung des Katheterismus der 123. ✕ Verdauungsstörungen bei Affektionen der Harnorgane 125.
 Urethritis chronica, Bakteriologische Untersuchungen der Urethrafilamente bei 117. Wechselbeziehungen der Krankheiten der Harnwege zu denen anderer Organe und des Gesamtorganismus 125.

Autoren-Register.
 (* bedeutet Original-Artikel).

<i>Alapy 118.</i> <i>Bakó 96. 97. 98.</i> <i>v. Baumgarten 124.</i> <i>Beck 116.</i> <i>*Bergh 74.</i> <i>Borowsky 108.</i> <i>Brasch 95.</i> <i>Casper 123. 126.</i> <i>Duhring 118.</i> <i>Finger 128.</i> <i>Guisey 125.</i> <i>Havas 97.</i> <i>v. Jürgensen 124.</i> <i>Koch 111.</i>	<i>Koppel 106.</i> <i>Kopsch 127.</i> <i>Kornfeld 125.</i> <i>Kudysch 106.</i> <i>Ledermann 117.</i> <i>Levy-Dorn 96.</i> <i>Levin 117.</i> <i>Lindström 105. 108.</i> <i>Lukasiewicz 114.</i> <i>Lurje 101.</i> <i>Manassein 104.</i> <i>Meissner 124.</i> <i>*Mibelli 87.</i> <i>Mironowicz 103. 105.</i>	<i>Nicolscy 102. 103. 105.</i> <i>Nitze 117.</i> <i>Nussbaum 125.</i> <i>Petersen 105.</i> <i>Picard 123.</i> <i>Popper 99.</i> <i>Posner 117.</i> <i>Pozzi 127.</i> <i>Ratkowski 117.</i> <i>*Rausch 65.</i> <i>Roloff 124.</i> <i>Sapeschko 108.</i> <i>Schmuckler 108.</i> <i>Schuster 127.</i> <i>Semenow 103.</i> <i>Spitschka 112.</i> <i>Swisser 125.</i> <i>Szymonowicz 127.</i> <i>Tandler 114.</i> <i>Tano 117.</i> <i>Tarnowsky 100.</i> <i>Tschisch 109.</i> <i>Waelch 110.</i> <i>Worgasthis 127.</i> <i>Watson 126.</i> <i>Welander 113.</i>
---	--	---

**Ausschliessliche Inseraten-Annahme durch
 Annoncen - Bureau Karl Wipplinger,
 Berlin SW., Dessauerstr. 39/40.**

Buchhändler-Inserate werden direkt an die Verlags-
 buchhandlung Leopold Voss erbeten.

sicc. pulv.
 (zum Streuen.)

Thiol-Riedel

liquid.
 (zum Pinseln.)

Thiol

hinterlässt in der Wäsche
 keine Flecke.



Thiol

ist geruchlos
 und in Wasser löslich.

Wichtiges Heilmittel der Dermatotherapie.

Ausführliche Litteratur zu Diensten.

J. D. Riedel, Berlin N. 39.

Chemische Fabriken.

J O D O L

D. R.-P. 35130.

**Bester Jodoformersatz — geruchlos und nicht giftig. Mit Erfolg
 angewandt gegen syphilitische Erkrankungen aller Art und empfohlen
 durch erste Autoritäten.**

Alleinige Fabrikanten

Kalle & Co., Biebrich a/Rh.

Zu beziehen
 in Originalverpackung durch alle Drogenhäuser und Apotheken.

Lanolinum puriss. Liebreich

wasserfrei und wasserhaltig
in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

Adeps lanæ B. J. D.

wasserfrei und wasserhaltig,
hellfarbig, frei von Geruch, fettsäurefrei, manganfrei und nicht klebrig.

Benno Jaffé & Darmstaedter,
Lanolinfabrik, Martinikenfelde bei Berlin.

Verlag von Leopold Voß in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Geschichte des Hamburger ärztlichen Vereins und seiner Mitglieder.

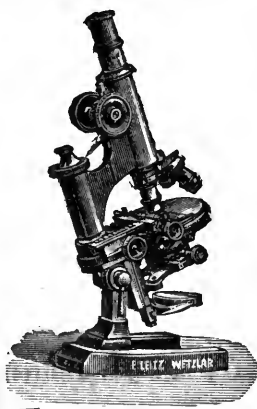
Festschrift zum 80jährigen Stiftungsfeste.

Von

Dr. J. Michael.

Mit 36 Photolithographien auf 21 Tafeln.

1896. Preis 8 Mark.



E. LEITZ

Wetzlar.

Filialen: Berlin N.W., Luisenstrasse 29,
New York 411 W., 59 Str.

Mikroskope

Mikrotome, Lupen-Mikroskope,
Mikrophotographische Apparate.

Über 38 000 Leitz-Mikroskope im Gebrauch.
Deutsche, englische und französische Kataloge No. 36 kostenfrei.

Laboratoriums-Mikroskop nach Dr. P. G. Unna: Stativ mit
engl. Fuss, festem Tisch, Federklemme, Mattscheiben. Objectiv 3, 6 und
 $\frac{1}{12}$ Oel-Im. Oculare I, III, V etc. M. 355.

Leicht lösliches
Adstringo-Antisepticum,
wirksam bei eiternden
Wunden, Abscessen,
Höhlenwunden, bei En-
dometritis gonorrhoea,
einfachem Fluor, bei
acuten oberflächlichen,
wie chronisch-infiltrirten
Hautentzündungen
etc. etc.

ALUMNOL

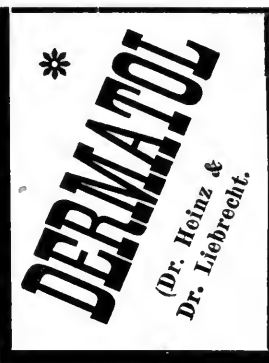
(patentirt und Name
geschützt)
(Dr. Heinz & Dr. Liebrecht.)

Geschlechtliche
Krankheiten.
Hautkrankheiten.
Ohrenleiden.

Geruchloses Wundheilmittel,
in den meisten Fällen Jodoform
ersetzend.

Aeusserlich: Ein austrock-
nendes, die Wundheilung beför-
derndes Trockenantisepticum.
Ungiftig. Streupulver verdünnt
oder mit Amylum aa. Salben.
Dermatol-Collodium-Emulsion.
Fussstreupulver. Dermatolgaze.

Innerlich: Bei Magen- und
Darmerkrankungen. Nach Prof.
Colasanti (Rom) das beste und
sicherwirkendste Antidiarrho-
icum der Neuzeit; drei- oder
viermal täglich ein Gramm oder
eine kleine Messerspitze.



Wunden.
Nässende Hautaffectionen.
Aufreibungen, nässende
Stellen, Wundsein der
Frauen und Kinder,
Wolf etc.
Diarrhoe.

Loretin - Natrium

leicht wasserlöslich, zum
Ausspülen eiternder
Wundflächen u. Höhlen-
wunden, bei Gonorrhoe
etc., zu Gurgelungen bei
Mund- und Rachenaffek-
tionen, zur Anlegung
feuchter Verbände.

Loretin

(patentirt und Name geschützt)
(Jodoxychinolinsulfosäure)
und seine Salze sind
absolut ungiftig, geruch- u. reiz-
los; von höchst antisept. Wirkung.
Beste Ersatzmittel für Jodoform.
Loretin-gaze kann, ohne
an ihrer Wirksamkeit zu
verlieren, bis auf 180°
erhitzt, also vollkommen
sterilisiert werden.

Loretin - Wismut

unlöslich in Wasser, in
der chirurgischen Praxis,
speciell bei Augen-Er-
krankungen u. innerlich
als Magen- und Darm-
desinficienz mit hervor-
ragendem Erfolg ange-
wandt.

Sanoform ein neues Ersatzmittel für JODOFORM

(zum Patent angemeldet und Name geschützt).

Erfindung von Dr. A. GALLINEK und Dr. E. COURANT.

Herr Dr. med. Alfred Arnheim, Berlin, resumirt seine Beobachtungen über Sanoform wie folgt: „Wir haben in dem Sanoform zweifellos ein zuverlässiges Ersatzmittel des Jodoforms für die Behandlung frischer und eitriger Wunden und der Ulcera genitalia. Das Medicament steht in Bezug auf die Heilwirkung dem Jodoform nicht nach, ist diesem jedoch überlegen insofern, als es im Gegensatz zu diesem völlig geruchlos, ungiftig ist und keinerlei locale und allgemeine Intoxications-Erscheinungen hervorruft.“

Literatur über vorstehende Präparate u. Proben stehen auf Wunsch gratis zur Verfügung.

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Ueberfettete neutrale u. alkalische
Stück- u. Pulver-Seifen
 werden nach Angabe
 des Herrn Oberarzt.
Dr. J. Eichhoff in Elberfeld
 nur allein hergestellt durch die
Seifenfabrik von
Ferd. Mülhens
Glockengasse N^o 4711
KOELN a/ RH.
 Listen und Indications-
 Verzeichnisse der
 über 130 verschiedenen
 Sorten versendet die
 Fabrik auf Verlangen
 den Herren Aerzten u. Apothekern gratis u. franko.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Gesundheitspflege im Mittelalter.

Kulturgeschichtliche Studien nach Predigten des 13., 14. und 15. Jahrhunderts.

Von

Dr. med. et phil. **L. Kotelmann,**

Augenarzt in Hamburg.

M. 6.—.



Ichthyol

wird mit Erfolg angewandt:

bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Gonorrhoe**, bei **Krankheiten der Haut**, der **Verdauungs- und Circulations- Organe**, bei **Lungen-Tuberculose**, bei **Hals-, Nasen- und Augen-Leiden**, sowie bei **entzündlichen und rheumatischen Affectionen** aller Art, theils

in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen **reducirenden, sedativen und antiparasitären** Eigenschaften, andernteils durch seine die **Resorption befördernden** und den **Stoffwechsel steigernden** Wirkungen.

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

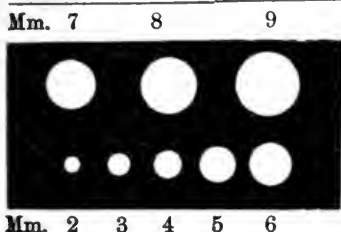
Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermann & Co.,
Hamburg.

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.

Im Gebrauch wesentlich billiger als Jodoform! Geruchlos, ungiftig, stark antibacteriell! Keine Ekzeme!

Proben und Litteratur durch die Chemische Fabrik von HEYDEN, Radebeul-Dresden.



Durchmesser für
Noffke's Urethral-Stäbchen ohne Spirale:
Schmelzbougies

(gesetzlich geschützt) nach Dr. H. Lohnstein,
zur Behandlung der

chronischen Gonorrhoe

(Urethritis anter. u. post. u. Prostatitis chronica).

Noffke's Schmelzbougies mit Sanoform
33 $\frac{1}{2}$ % 6 mm dick, haben sich nach Dr. H. Lohnstein vor-
trefflich bewährt.

Obige Präparate sind auch in der königl. Univers.-Klinik für Haut-
krankheiten in Breslau mit gutem Erfolge angewandt worden.

Zu beziehen durch die Apotheken mit Angabe der Firma Ritterstr. 41, oder
wo nicht zu haben, d. Gen.-Dep. Hamburg: Apoth. Rich. Braune, Kohlhöfen 25.

Litterat., Preislisten u. Gebrauchs-anw. versendet an die Herren Aerzte
gratis und frei

Apotheker **Heinr. Noffke**, Berlin SW., Ritterstrasse 41.



Antikonzeptionell!
Noffke's leicht lösliche antiseptische

Sicherheits - Pessarien

sind die besten, billigsten und bequemsten zur Verhütung von Konzeption, wo
solche vom Arzte gewünscht wird. Bestandteile werden den Herren Aerzten
mitgeteilt. Preis:

per $\frac{1}{4}$ Schachtel = 20 St. M. 3.	} Porto 20 Pfg.
" $\frac{1}{2}$ " = 12 " " 2.	
" $\frac{3}{4}$ " = 5 " " 1.	

Jede Schachtel trägt obige Schutzmarke.

Für die Herren Aerzte Vorzugspreise. Sogen. Sicherheitsevale und speciell „Schweitzer's
Pessarien“ werden in Tagesblättern dem Publicum feligeboten; ausserdem sind diese Präparate um
88 $\frac{1}{2}$ pCt. theurer als Noffke's Pessarien, für welche keine Reclame in Tageszeitungen
gemacht wird!!

Berlin SW., Ritterstr. 41, gez. **Heinr. Noffke & Co.**

Central - Versandstelle: Apotheker **Paul Stern**, Breslau, An der
Dorotheenkirche 3.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Dr. E. Lier

Stabsarzt a. D., Badearzt in Kreuznach:

Die Haut als Vermittler der Erkältungskrankheiten.

1887. Preis 80 Pfennig.

**Ueber Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium
in der Behandlung der Hautkrankheiten.**

1888. Preis 60 Pfennig.

Unguentum Caseini

D. R.-P.

Sterilisierte, wasserlösliche Fettsalbengrundlage für **trocknende Salben**, empfohlen von Herrn **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XX, No. 6, als **Basis von Zink-, Zink-Schwefelsalben** gegen Gesichtseczeme, Rosacea, Acne, **von Theer- und Ichthyol-salben** gegen juckende Dermatosen, **von Perubalsamsalben** gegen Scabies, ferner als **reizloses Deckmittel** bei diversen Hautkrankheiten.

— Proben gratis und franco. —

— ❖ —
Aromatische

Kali chloricum-Zahnpasta

(jetzt ungefärbt)

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis

in Tuben à Mk. 1.—.

— ❖ —
Guttaperchapflastermulle — Salbenmulle
Überfettete Seifen — Zinkleim
Suspensorien — Comedonenquetscher
Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika

bei **Lehn & Fink, New York.**

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV.

NO. 2.

15. Januar 1897.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen.

Von

Dr. HEINR. RAUSCH.

(Mit Tafel III.)

An der Hornschicht lassen sich, wie UNNA in seiner Anatomie der Haut (v. ZIEMSSENS *Handbuch*) ausführlich auseinandersetzt, vier verschiedene Schichten unterscheiden und zwar von außen nach innen: 1. eine oberflächliche; 2. eine mittlere; 3. eine superbasale; 4. eine basale. Dieselben verhalten sich bei Einwirkung von Osmium und anderen Reagentien verschieden. Von einer Verschiedenheit der einzelnen Hornzellen unter sich wird hier noch nichts bemerkt. Jedoch existieren Anzeichen einer gewissen Ungleichmäßigkeit; der erste, der darauf aufmerksam machte, war BEHN. Derselbe bemerkte, daß auf Osmiumschnitten die Hornzellen nicht alle dieselbe Färbung angenommen hatten, sondern einzelne grünlich, andere bräunlich gefärbt waren. Diese Beobachtung konnte von UNNA bei durch Osmiumsäure mazerierten Hornzellen bestätigt werden.

Mein verehrter Lehrer, Herr Dr. UNNA, dem ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank für die stets lebenswürdige Unterstützung bei meiner Arbeit ausspreche, stellte mir nun die Aufgabe, diese Divergenz der Färbung der Hornzellen vermittelt einer guten Methode näher zu untersuchen.

An der Hand dieser weiter unten des näheren zu beschreibenden Methode stellte sich eine Verschiedenheit der Hornzellen in zweifacher Hinsicht heraus: 1. zeigte sich in schönster Weise die verschiedenartige Färbbarkeit der Hornzellen; 2. eine Divergenz im Verhalten der Oberfläche der einzelnen Zellen.

Wenden wir uns nun zuerst zur Betrachtung der Farbendifferenz.

Um das Verhalten der einzelnen Hornzellen genauer zu studieren, erschien es von vornherein zweckmäßig, dieselben nicht an Hautschnitten

zu untersuchen, sondern die Zellen durch geeignete Behandlung zu isolieren. Dies geschieht vorteilhaft durch Mazeration. Es wurden kleine Stückchen normaler Haut (Fußsohlenhaut), die möglichst vom Fettgewebe befreit waren, in die verschiedenartigsten Lösungen eingelegt, welche dann 1—2 Tage lang in Körpertemperatur gebracht wurden. Als bestes Mittel zur Mazeration hat sich mir dabei die neutral gemachte käufliche Wasserstoffsuperoxydlösung bewährt, schon nach Ablauf eines Tages liefs sich von der Oberfläche des Hautstückchens ein dicker Brei von Hornzellen abstreifen. Ihr in dieser Beziehung nicht viel nachstehend ist die konzentrierte wässerige Lösung von Acid. salicyl., die zur besseren Löslichkeit der Salicylsäure mit etwas Spiritus versetzt ist. Als gute Mazerationen sind ferner folgende Reagentien zu erwähnen: reine Essigsäure, reiner Holzessig, Kochsalz in konzentrierter Lösung, konzentrierte Natr. salicyl.-Lösung, Jodkaliumlösung, ebenfalls konzentriert, Tinc. Jodi mit Wasser verdünnt, im Verhältnis 2:1, Soda und Pottasche in den verschiedensten Konzentrationen, die beiden letzteren Salze eignen sich namentlich in folgender Lösung vorzüglich zur Mazeration: 10 Teile Soda oder Pottasche, 30 Teile Spiritus und 60 Teile Wasser. Sehr gut zur Mazeration läfst sich auch Blutserum verwenden, dann Pankreatin, Pepsin und Papayotin. Nicht gut zu gebrauchen sind: Milchsäure, Salmiakgeist, Sublimat, Trypsin.

In Kali- und Natronlauge hebt sich nach einem Tage schon die Hornschicht in toto ab, die Zellen sind, wie sich bei der mikroskopischen Untersuchung herausstellt, völlig zerstört und zu weiteren Experimenten untauglich.

Maziert man mit 1%iger Osmiumsäurelösung, so hebt sich zwar auch eine zusammenhängende Schicht ab, diese stellt jedoch nicht das ganze Stratum corneum dar, sondern unter derselben befinden sich noch einige Lagen Hornzellen, welche sich ohne sonderliche Mühe abheben lassen und zur Untersuchung wohl geeignet erscheinen.

Hat man nun vermittelt eines guten Mazerationsmittels die Haut so vorbereitet, daß sich leicht ein tüchtiger Hornbrei abheben läfst, so bringt man etwas von demselben auf den Objektträger, setzt einen Tropfen Essigsäure hinzu und breitet mit Hilfe eines anderen Objektträgers die Zellen derart auseinander, daß sie schliesslich gänzlich isoliert sind, oder höchstens zu zweien aneinander liegen. Nun werden die Zellen über der Flamme fixiert und sie sind zum Färben fertig. Nach einigen Versuchen stellte sich als die beste Färbemethode für mazerierte Hornzellen die folgende heraus:

1. Polychrome Methylenblaulösung, dreimal durch die Flamme ziehen, bis sie eben aufdampft.
2. Kurz in schwach angesäuertes Wasser, dann Abspülen mit gewöhnlichem Wasser.

3. 1%ige Lösung von rotem Blutlaugensalz: 1 Min.

4. Kurz in schwach angesäuertes Wasser, dann Abspülen mit gewöhnlichem Wasser.

5. Alkohol, Öl, Balsam.

Bei dieser Art zu färben überraschte nun konstant die Erscheinung, daß auf demselben Objektträger die Hornzellen sich nicht gleichmäßig, sondern verschieden färbten.

Am meisten in die Augen springend ist das Auftreten von roten und blauen Zellen, welches sich namentlich in hervorragender Weise bei Mazeration mit neutraler Wasserstoffsuperoxydlösung, Salicylsäure und Blutserum zeigt. Die Anzahl der blauen und roten Zellen ist ungefähr gleich groß, jedoch ist die Sache nicht so zu verstehen, als ob etwa auf der einen Seite des Präparates alle roten, auf der anderen alle blauen lägen, im Gegenteil, sie sind bunt untereinander verteilt, so daß sich dem Auge ein farbenprächtiges Bild darbietet. Oft kann man eine rote Zelle eingekeilt in einen Kreis von blau gefärbten sehen, dann wieder sieht man zwei Hornzellen mit ihren feinen Zacken innig verbunden nebeneinander liegen, von ihnen ist die eine Zelle leuchtend rot, die andere schön blau gefärbt. An den Berührungspunkten scheinen die beiden Farben ineinander überzugehen, aber man erkennt sehr deutlich, daß hier nur verschieden gefärbte Flächen übereinander liegen.

Die oben angegebene Färbung trifft eine völlig scharfe Auslese unter den Zellen. Die vorhin genannten Mazerationsmittel, welche sich für die Demonstration der verschiedenen Hornzellengattungen am besten eignen, können zugleich als die relativ mildesten und chemisch am wenigsten angreifenden betrachtet werden und es ist deshalb wohl der Schluss gerechtfertigt, daß die auf diese Weise hervortretenden Unterschiede zwischen den Hornzellen normalerweise in der Hornschicht vorgebildet sind.

Nicht bei allen Mazerationsmitteln lassen sich die Farbenunterschiede allerdings so grell wiedergeben, wie bei den eben erwähnten, sondern es treten zwischen den beiden Farben blau und rot alle möglichen Übergänge auf. So finden sich z. B. bei Mazeration mit Holzessig neben blau und rot gefärbten auch solche Zellen, die mehr einen violetten Ton angenommen haben, bei mit Essigsäure mazerierter Haut sind die Hornzellen sehr stark und vorwiegend violett gefärbt, eigentliche blaue oder rote Zellen sind hier gar nicht zu sehen. Offenbar verändern die sehr stark sauren und bekanntlich die Hornsubstanz gewaltig angreifenden Eigenschaften der genannten Säuren die spätere Farbenreaktion in einer Weise, daß wir das Resultat nicht ohne weiteres als ein der Norm entsprechendes auffassen können.

Im Gegensatz zu den stark sauren Mitteln zeigen die Alkalien, vor allem die Lösungen von Soda und Pottasche, in verschiedener Kon-

zentration die Farbenunterschiede in auffallend verstärktem Grade, die Hornzellen sind nirgends so tief dunkelrot und dunkelblau gefärbt, als nach Mazeration mit diesen Alkalien. Auch diese übertrieben starke Verschiedenheit bin ich nicht geneigt, als eine der Norm ganz entsprechende aufzufassen, da die obengenannten indifferenteren Mittel von so krassen Unterschieden nichts aufweisen. Wir lernen aber daraus, daß die Alkalien, indem sie die Hornzellen verändern, die Grunddifferenz der verschiedenen Hornzellenarten nicht verwischen und aufheben, sondern im Gegenteil zu verstärken geeignet sind.

So einfach und klar der mikroskopische Befund bei dieser Behandlung der Hornzellen ist, so schwierig erscheint die Deutung des Phänomens. Von der Annahme ausgehend, daß das Auftreten der verschiedenen Farben mit dem verschiedenen Fettgehalt der einzelnen Zellen zusammenhängen könne, wurden die Hornzellen, nachdem sie über der Flamme auf dem Objektträger fixiert waren, durch heißen Äther gründlichst entfettet und darauf nach der gewöhnlichen Methode gefärbt. Die Hoffnung, daß nun etwa alle Zellen blau oder rot, mit anderen Worten sich gleichmäßig gefärbt haben würden, war nicht in Erfüllung gegangen. Wohl zeigten die Zellen nicht die scharfen Unterschiede zwischen rot und blau, wie ohne diese Manipulation, allein sie waren keineswegs gleich gefärbt, sondern die einen waren rötlich und die anderen mehr violett gefärbt, sie waren kurz von ähnlichem Verhalten, wie die Zellen nach solchen Mazerationsmitteln, welche zur Darstellung der Farbenunterschiede weniger geeignet erscheinen.

Schlägt man den umgekehrten Weg ein und fixiert das Fett durch Behandlung mit 1%iger Osmiumsäurelösung, so zeigt sich zunächst wieder der schon von BEHN angegebene Befund: ein Teil der Zellen ist grünlich, ein anderer bräunlich gefärbt. Färbt man nun mit der eingangs erwähnten Methode und zwar so, daß man nur die eine Hälfte des Objektträgers, auf dem die mit Osmium vorgefärbten Zellen fixiert sind, mit Farbe bedeckt und die andere Hälfte zum Vergleiche frei läßt, so findet man, daß die vorher grünlichen Zellen nun durch Aufnahme eines blauen Tones ganz grün gefärbt sind, im ganzen aber wenig Farbe aufgenommen haben, während die bräunlichen sich dunkler gefärbt, und zwar einen mehr violetten, manchmal ins rötliche überspielenden Ton angenommen haben.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß durch Behandlung mit kochendem Äther die Farbendifferenz der Hornzellenarten bis zu einem gewissen Grade, aber nicht vollkommen, sich verwischen läßt oder, daß mit anderen Worten der Fettgehalt der Zellen die Färbung wohl beeinflusst, aber nicht den wesentlichen Unterschied der beiden Färbungen ausmacht. Aus den Osmiumpräparaten andererseits scheint mir hervor-

zugehen, daß in den verschiedenen Hornzellenarten verschiedene Fettarten vorliegen. Wir finden einerseits Zellen, welche Osmium sowohl wie auch unsere alkalischen Farben leichter aufnehmen (braun, resp. violett gefärbte Zellen), andererseits Zellen, welche sowohl Osmiumsäure wie die alkalischen Farben nur schwer und langsam aufnehmen (grünliche, resp. blaugrüne Zellen).

Die hierbei klar hervortretende Fettdifferenz der Zellen harmoniert aber keineswegs mit der eben so klaren Farbendifferenz der unentfetteten Zellen. Wir kommen mithin schließlic zu dem Resultate, daß die zu erklärenden Tingibilitätsdifferenzen der Hauptsache nach nicht auf Fettdifferenzen beruhen, wohl aber durch den Gehalt an Fett, und zwar wahrscheinlich an verschiedenen Fetten, in der Farbennuance und Farbtiefe beeinflusst werden. Gegen den wesentlichen Einfluß von Fett, resp. Fettsäuren spricht auch der vorhin erwähnte Einfluß von Säuren und Alkalien auf die Tingibilitätsverhältnisse. Denn wir sahen, daß starke Säuren (Essig, Holzessig), welche im stande sind, Fettsäuren frei zu machen, die Farbenunterschiede verwischen, und umgekehrt treten dieselben nirgends krasser hervor, als nach der Mazeration vermittelt der Alkalien, welche geeignet sind, Fettsäuren zu binden, zu verseifen und löslich zu machen. Es scheint, daß gerade nach einer solchen Behandlung mit Alkalien erst diejenigen Körper, welche die Farbdifferenzen bedingen, von den anhaftenden, in Alkalien löslichen Substanzen (unter anderem Fettsäuren) befreit sind.

Die zweite Thatsache, die sich bei den durch die verschiedenartigsten Mazerationsflüssigkeiten isolierten Hornzellen vermittelt der mehrfach erwähnten Färbemethode feststellen ließ, war das eigentümliche Verhalten der Oberfläche. Es stellte sich nämlich heraus, daß die Oberfläche der Zellen nicht eine glatte, homogene Fläche darstellt, sondern sich auflöst in eine Unsumme kleiner Punkte, welche der eigentlichen Zelloberfläche, resp. dem Hornmantel derselben aufgesetzt sind.

Schon bei schwacher Vergrößerung läßt sich diese feine Punktierung, für welche mir der von Herrn Dr. UNNA vorgeschlagene Name: „Relief der Hornzellen“ recht glücklich gewählt scheint, wie ein Hauch erkennen, bei immer stärkerer Vergrößerung löst sich die Wolke mehr und mehr auf, bis schließlich bei Anwendung der Ölimmersion das Relief bis ins einzelste klar und deutlich gefärbt zu Tage tritt. Bis jetzt läßt sich das Relief noch nicht an allen Zellen zur Darstellung bringen und müssen wir vorerst zwischen glatten und Reliefzellen unterscheiden, jedoch glaube ich, daß es mit einem vielleicht etwas modifizierten Verfahren gelingen wird, ein Relief auch an allen Zellen sichtbar zu machen. Denn es existieren unter den Punktierungen ziemlich bedeutende Größenunterschiede, die ganz ungefärbten Zellen, welche stets ein blaues Relief

zeigen, weisen die dicksten Punkte auf, die violetten Reliefzellen besitzen ein bei weitem feineres Punktsystem und es könnte wohl sein, daß die roten und anscheinend glatten Zellen bei noch stärkerer Vergrößerung oder anderen Färbemethoden ein äußerst feines, bisher nicht sichtbar zu machendes Relief aufweisen.

Die Farbe des Reliefs ist im allgemeinen blau und die Zellenfarbe wird wesentlich durch die Farbe des Reliefs mitbestimmt. Was ich bisher kurz als blaue Zellen bezeichnet habe, stellt sich, wie oben schon bemerkt, bei Betrachtung des Reliefs in den meisten Fällen als ein blaues Relief auf einer ungefärbten Zellenoberfläche dar. Da wo das Relief einer roten Zellenoberfläche aufsitzt, erscheint es gewöhnlich in der Mischfarbe violett.

Die Zellen, an denen wir ein Relief bis jetzt noch nicht hervorrufen konnten und die wir vorläufig unter die Rubrik der glatten verzeichnet haben, sind fast immer rot gefärbt, während an den blauen und violetten immer ein Oberflächenrelief zu sehen ist.

Die verschiedenen Mazerationsflüssigkeiten haben auf die Sichtbarmachung des Reliefs der Hornzellen einen entschiedenen Einfluß. Am schönsten gelingt die Darstellung an mit neutraler Wasserstoffsuperoxydlösung oder Salicylsäure isolierten Zellen. Namentlich bei der letzteren ist das Relief von einer wunderbaren Feinheit und Klarheit. Wenn hier zufällig eine rot- und eine blaugefärbte Zelle hart aneinanderliegen, so kann man sehr schön beobachten, wie das blaugefärbte Relief der blauen Zellen kontinuierlich sich fortsetzt auf die rote Zelle und hier den violetten Ton annimmt, ein Umstand, der vielleicht bei der Deutung des Reliefs berücksichtigt zu werden verdient. Derselbe Umstand wirft ein Licht auf die Deutung vieler sehr bunter und zunächst befremdlich aussehender Hornzellen, welche einzelne oder mehrere rundliche oder eckig begrenzte Flecke von anderer Farbe als der Zellenkörper aufweisen. Beispielsweise sieht man helle Zellen mit einem deutlichen, scharf punktierten, groben, blauen Relief, die verschiedene scharf begrenzte, fein punktierte, violette Flecke zeigen, zuweilen ist $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$ der gesamten Oberfläche anders gefärbt und stets sind die Grenzen der Farben so scharf und so genau mit einer Änderung des Reliefcharakters zusammenfallend, daß es sich nicht um Zufälligkeiten der Färbung oder Entfärbung handeln kann. Berücksichtigt man, daß jede Hornzelle ein Polyeder darstellt, welches mit mehreren anderen Nachbarpolyedern durch rundliche oder polygonale Facetten in Berührung steht, so erklären sich die anders gefärbten Flecke der Zellenoberfläche durch den Kontakt mit anders gefärbten Hornzellen im Bereich der Berührungsflächen.

Sehr gut zur Darstellung des Reliefs geeignet als Mazerationsmittel sind auch die folgenden zu empfehlen: Blutserum, Holzzessig, Jodkalium, Tinct. Jodi mit Wasser verdünnt (2:1), Flores sulf., im Wasser auf-

geschwemmt, Pankreatin, Papayotin. Die Mazeration mit Soda- oder Pottaschelösung hat in verschiedenen Konzentrationen auf das Relief einen besonderen Einfluß. Stellt man sich nämlich eine nur schwache Lösung dar, so treten neben den feinen Reliefpunkten unregelmäßig unter sie zerstreut dicke Klumpen auf, welche schon mit schwacher Vergrößerung als Klumpen, nicht als Punkte in die Erscheinung treten. Es scheint, als ob das Relief stellenweise aufgequollen oder zu Ballen zusammengefloßen wäre. Je konzentrierter die Lösung wird, um so feiner wird das Relief wieder, bis schließlich von einer Quellung nicht mehr die Rede sein kann. Ein ähnliches Verhalten fördern die Kochsalzlösungen zu Tage, auch bei Mazeration mit Blutserum, Papayotin und Trypsin erscheint das Relief stellenweise gequollen.

In der Litteratur sind bisher nur spärliche Angaben über diejenige Struktur der Oberfläche der Hornzellen gemacht worden, welche wir hier unter dem allgemeinen Namen des Reliefs betrachtet haben. Der erste, welcher dieselbe gesehen zu haben scheint, und zwar zunächst nur an Schnitten durch osmierte Haut, war UNNA. Derselbe schreibt in seiner im Jahre 1876 erschienenen Arbeit „*Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde*“ an der Stelle, wo er über die Verhornung spricht, folgendes: „Zugleich sind die Stacheln kleiner geworden, aber sie sind noch vollkommen deutlich. Hier und dort scheinen sie schwarze Körnchen aufgenommen zu haben, bis sie dort, wo nur noch feine helle Randzonen geblieben sind, zwischen derselben ganz als schwarzgekörnnte Bänder erscheinen. Es ist beim Auf- und Abstellen der Mikrometerschraube durch den Wechsel zwischen dunkeln und hellen Körnchen leicht zu beweisen, daß die Metamorphose der Stacheln nicht auf wirklicher Schwarzfärbung durch Osmium beruht, sondern dadurch zustande kommt, daß die früher hellen, homogenen Stacheln zu kleinen Rudimenten zusammenschrumpfen und dadurch das Licht weit stärker brechen.“

Hier beschreibt also UNNA zuerst eine Veränderung des Stachelpanzers der Stachelzellen während der Verhornung, was es plausibel erscheinen läßt, daß die Stacheln nicht, wie man früher annahm, in der Hornschicht vollständig verschwinden, sondern in deutlichen Resten persistieren. In dieser Arbeit hat aber UNNA noch nicht die später von ihm aufgestellte, offenbar richtige Anschauung gewonnen, daß die Zellen mit diesen verkürzten Stachelresten aufeinanderstoßen, sondern er glaubte damals noch, daß sie mit diesen Resten gegenseitig ineinandergriffen, denn er fährt folgendermaßen fort: „Es gehen also zwei Prozesse im Vorschube der Retezellen wesentlich Hand in Hand: ein engeres Zusammenrücken der einzelnen Zellen durch das Kleinerwerden der Stacheln bedingt und ein Auftreten von verschiedenen großen Körnern, zuerst um den Kern herum.

Die eigentlichen Körnerzellen nun, welche durchaus von Körnern erfüllt sind, zeigen auch am äußeren Kontur einen Fortschritt des hier stattfindenden Prozesses. Die Stacheln sind vollkommen verschwunden, wie LANGERHANS richtig angiebt.

„Statt dessen finde ich, freilich nur selten mit starken Vergrößerungen schön zu sehen, die Zellen mit feinen Zacken ineinander greifen. Auch hierdurch entsteht noch zuweilen das Bild einer feinen Körnerlinie als Zellkontur, und dieses feinzackige Ineinandergreifen tritt an den nun folgenden, hell gewordenen Zellen ebenso deutlich wieder hervor, wie selbst nach Passierung des schwarzen Basalstreifens noch an den hellgelassenen Zellen der mittleren Hornschicht.“

UNNA modifiziert diese Ansicht in seiner „Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut“ in v. *Ziemssens Handbuch* (1882) wie folgt; „Ganz platt aneinander liegen nun freilich diese Hornzellen doch nicht und ich habe bereits 1875 (Dissertation, Straßburg) angegeben, daß sie (an Osmiumpräparaten ohne Alkalien isoliert) ganz feine Zacken, rudimentäre Stacheln auf ihrer Oberfläche erkennen lassen. Damals glaubte ich, daß die Zellen mit denselben ineinandergriffen. Aber es ist besonders an mit Pepsin und Trypsin verdauter Hornschicht sehr gut zu sehen, daß diese Zacken aufeinanderstoßen, also an isolierten Zellen nichts weiter sind, als die durchgebrochenen rudimentären Verbindungsbrücken, welche im Verhornungsprozesse auf ein Minimum geschrumpft, erhalten bleiben. Daraus geht hervor, daß die Hornzellen ihren festen Zusammenhang nicht etwa durch eine Kittsubstanz oder dadurch finden, daß ihre Hornmembranen miteinander verschmelzen, vielmehr vermöge der Persistenz der von Anfang an vorhandenen Verbindungsfäden. An verdauter Hornschicht findet man dementsprechend auch in der That noch zwischen den Hornzellen feinste Spalten, welche aber keine wässerige Flüssigkeit ansaugen werden, da sie, wie die mit Pepsin hergestellten Präparate zeigen, mit feinsten Fetttropfen erfüllt sind.“

Wenn wir uns nun zur Bedeutung des in den meisten Hornzellen zur Darstellung gebrachten Reliefs wenden, so halte ich dafür, daß wir es hier mit dem reduzierten Stachelpanzer zu thun haben. Es kann keinem Zweifel unterworfen sein, daß wir an unseren Zellen die beschriebenen Stachelrudimente vor uns haben, die sich hier, von der Fläche gesehen, als das Relief präsentieren und die UNNA an verdauten Schnitten an den im Stadium der Verhornung befindlichen Körnerzellen gesehen hat. Nach den Angaben dieses Autors könnte man vielleicht vermuten, daß dieser Stachelpanzer überall gleich ausgebildet ist, jedoch haben sich, wie aus meiner Arbeit erhellt, charakteristische Unterschiede bei den einzelnen Zellen herausgestellt.

Ob die Verschiedenheiten des Reliefs mit der Färbungsdifferenz der

ganzen Zellen in ursächlichem Zusammenhange stehen, lasse ich dahingestellt, jedoch scheint mir ein solcher bisher nicht erweisbar.

Schließlich will ich noch bemerken, daß ich das Relief der Hornzellen auch bei Verhornungsanomalien der Haut ausgeprägt gefunden habe.

Die Psoriasisschuppen lassen sich gut mazerieren, und die isolierten Zellen zeigen gefärbt in Bezug auf Relief und Divergenz der Färbung ein nahezu gleiches Verhalten wie die normalen Hornzellen.

Auf Schwierigkeiten stößt man bei der Mazeration der Hyperkeratosis cong. und Ichthyosis. Dieselbe gelingt nur befriedigend, wenn man die Schuppen vier bis sechs Tage lang in neutraler Wasserstoffsuperoxydlösung in Körpertemperatur läßt. Dann empfiehlt es sich, den Hornbrei nicht mit Essigsäure, sondern Xylol zu zerreiben, weil damit die Zellen sich besser ausbreiten lassen. Da die Tingibilität dieser Zellen nicht nur eine geringere ist, als an den normalen, sondern sie sich auch viel schneller wieder entfärben, so ist es gut, hier einerseits mit polychromer Methylenblaulösung zehn Minuten in der Wärme zu färben, andernteils auf die Anwendung des angesäuerten Wassers gänzlich zu verzichten.

Die so behandelten Ichthyosiszellen sind schwach gefärbt, und zwar sind alle ziemlich gleichmäßig violett.¹

Das Relief ist außerordentlich fein ausgeprägt. Bei der Hyperkeratosis sind ebenfalls die meisten Zellen violett gefärbt. Das Relief zeigt insofern eine Besonderheit, als die Punktierung an vielen Stellen zu einem netzförmigen Leistensystem zusammenfließt, zwischen welchem deutliche runde Linien ausgespart bleiben. Dieser Umstand sowohl, wie das sehr feine Relief der Ichthyosiszellen ist bei dem Studium der Verhornungsanomalien von nicht unwesentlicher Bedeutung, indem beides mir der Ausdruck eines festeren Zusammenhaltens der Zellen untereinander zu sein scheint.

¹ Die vorwiegend violette Farbe der Zellen bei diesen Hyperkeratosen spricht vielleicht für das Vorhandensein einer stark sauren Reaktion der Hornzellen bei denselben; vergl. die oben angeführte violette Farbe der normalen Hornzellen nach der Mazeration mit Essig und Holzeisig.

Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum.

II.

Von

Prof. Dr. R. BERGH¹

(Kopenhagen).

Die Urethra des Mannes besteht aus einem hinteren Teil, in welchen die Urinblase einmündet, und einem vorderen, der der Kopulation dient und der umgebildete urogenitale Kanal ist. In den hintersten Teil dieses urogenitalen Kanals öffnet sich der Überrest der zusammengeschmolzenen MÜLLER'schen Gänge (Vesicula prostatica, [Uterus mascul. s.] Vagina masculina) und an jeder Seite desselben der zum Samenleiter umgebildete WOLFF'sche Gang. Dieser hintere Teil ist noch und bis an den Blasenhal von stark verzweigten, zu einer gemeinsamen Masse verbundenen Drüsen, der Prostata, umgeben.

Die Urethra beim Weibe ist mit dem allerhintersten Teile der Urinröhre des Mannes homolog. Die Urinröhre ist, wie der entsprechende Teil beim Manne, von glandulösen, aber nicht zu einer gemeinschaftlichen Masse verbundenen (parurethralen) glandulösen Crypten und Gängen, einer Art Prostata, umgeben. Die vor der Urethra liegende Partie ist der urogenitale Kanal. In denselben mündet die aus den MÜLLER'schen Gängen hervorgegangene Vagina, während der untere Teil der WOLFF'schen Gänge (schon lange vor der Geburt des Individuums) verschwunden ist. Der Analogie nach wären die Fortsetzung und die Einmündungsstelle dieser Gänge zunächst längs des Uterus und am Collum uteri und nicht längs der Urethra zu suchen; bei der Cervix uteri sind sie aber nie nachgewiesen. Möglicherweise verführt durch das Bestreben, eine vollständige Homologie des hinteren Teiles der Urinröhre beim Weibe und beim Manne durchzuführen, haben verschiedene Untersucher (KOCKS, BÖHM, WASSILIEFF u. A.) diese parurethralen (SKENE'sche) Gänge, von denen in der Regel nur einer an jeder Seite der Urethra vorkommen sollte, als Fortsetzung der WOLFF'schen Gänge deuten wollen, was ganz sicher falsch ist.² Wie GEGENBAUR mir brieflich mitgeteilt hat, ist es eben das Fehlen dieser letzteren Gänge, das diesen ausgezeichneten Anatomen dazu bewogen hat,

¹ Der vorige Abschnitt (I) dieser Symbolae wurde in diesen Monatsheften, XIX. Band, 1894, pag. 403—414 veröffentlicht.

² Wie näher in dem im nächsten Jahre folgenden III. Abschnitte dieser Symbolae entwickelt werden soll.

die Homologie der Urethra des Mannes und des Weibes (ohne nähere Begründung) überhaupt zu verneinen; ihm zufolge ist die Urethra beim Weibe nur ein trichterförmig ausgezogener Teil der Vesica urinaria.³

Als Vestibulum (vaginae) bezeichnete schon JAC. HUBER⁴ die vor dem Eingange in die Vagina liegende Partie der Vulva, eine Benennung, die ganz zweckmäßig den von SEV. PINAEUS (PINEAU) eingeführten Namen Pronaus ablöste.⁵ Die Benennung Vestibulum ist jetzt, und vielleicht definitiv, durch die neue, von HIS redigierte anatomische Nomenklatur festgestellt.⁶

Das Vestibulum ist somit der innerhalb der großen Lippen liegende, bald mehr flache, bald mehr vertiefte Raum, der nach oben von der Clitoris, nach unten vom Frenulum nympharum oder labiorum, und an den Seiten von den Nymphen oder nach oben von den Nymphen und danach von der Innenseite der großen Lippen begrenzt wird.⁷ In der Tiefe (nach hinten) setzt sich das Vestibulum, wenigstens nach Sprengung des Hymens, unmittelbar in die Vagina fort.

Die untere Grenze des Vestibulums wird bei Individuen mit wohl entwickelten Nymphen, und die nicht geboren oder jedenfalls nur ganz früh abortiert haben, deutlich von einem Frenulum nympharum gebildet. Recht häufig ist das Verhältnis jedoch weniger klar, indem am innersten Teile der Innenseite der großen Lippen eine ganz niedrige Leiste oder Falte gesehen werden kann, welche die in diesem Falle kürzeren Nymphen gleichsam fortsetzt; diese Falten können dann ineinander übergehen und ein Frenulum bilden.⁸ Oberhalb dieses Frenulum, zwischen diesem und dem Hymen oder seinem Überrest, der unteren Carunkel, findet sich die der Höhe der Commissur nach mehr oder weniger tiefe Navicula vestibuli. Weniger häufiger kommt es, wie früher⁹ erwähnt, vor, daß sich unterhalb dieses Frenulums noch ein wirkliches Frenulum labiorum (commissura labb. post.) befindet, also ein wahres Querband zwischen den großen Lippen. In solchen Fällen findet sich unterhalb

³ GEGENBAUR, *Lehrbuch der Anatomie des Menschen*. 5. Aufl. II. 1892. pag. 136, 178, 183.

⁴ JAC. HUBER, *De vagina — nec non de hymene commentatio*. Göttingen. 1742. pag. 7, 6 u. m. St. Tab. Fig. 3, 4, 5.

Vgl. HYRTL, *Onomatologia anat.* 1880. pag. 424, 616.

⁵ S. PINAEI, *Opusculum physiol. anatom. — tractans analytice notas primo integritatis et corruptionis virginum etc.* Francof. 1599. lib. I, cap. 9, pag. 49.

⁶ W. HIS, *Die anatomische Nomenklatur*. 1895. pag. 64.

⁷ Bei verschiedenen Anatomen und Klinikern wird als Vestibulum nicht der Raum zwischen den Nymphen, sondern nur sein oberer Abschnitt, zwischen der Clitoris und der Urethralpapille liegend, bezeichnet. Solches ist somit z. B. mit TILLAUX (*Traité d'anat. topogr.* 3 éd. 1882. pag. 853) und mit MARTINEAU (*Leçons sur les déformations vulvaires et anales*. 2. éd. 1886. pag. 47) der Fall.

⁸ u. ⁹ R. BERGH, *Symbolae*. I. l. c. 1894. pag. 404.

des Frenulum nympharum und hinter demselben noch eine schwache Vertiefung vor dem (übrigen) Interfemineum, eine Navicula posterior. Die obere Grenze des Vestibulums wird von der Clitorispartie gebildet, seine Seitenwände, wie erwähnt, von den Nymphen oder von diesen und einem Teil der Labien. Wesentlich ist das Vestibulum also von den Nymphen begrenzt, die unten ein Frenulum nympharum bilden und sich oben je in das Frenulum clitoridis und das Crus praeputii clitoridis spalten.

Die Benennung Nymphae scheint mit dieser Bedeutung erst von PINAEUS¹⁰ und von SPIGELIUS¹¹ angewendet und wurde danach von R. DE GRAAF wieder hervorgezogen — ea propter quod aquis e vesica prosilientibus proxime adstare reperiantur.¹² Obgleich diese Organe bei den Anatomen und Klinikern oft auch Labia minora genannt werden, ist die Benennung Nymphae doch die gewöhnliche geblieben.

An der zweiten Abteilung des alten allgemeinen Hospitals von Kopenhagen, der für die öffentlichen Frauenzimmer reservierten, sind früher, in den letzten Jahren vor 1886 im ganzen 571 (594) verschiedene Individuen in Bezug auf das Vestibulum und seine Einfassung untersucht worden.¹³ An der zweiten Abteilung des (1886) geöffneten Vestre Hospitals, welches die klandestine (nicht öffentliche) Prostitution aufnimmt, sind in den letzten etwa 10 Jahren 2410 (2442) verschiedene, meistens junge Individuen,¹⁴ die zum ersten Male in das Spital eingelegt worden waren, in ähnlicher Weise einer Untersuchung unterworfen gewesen.¹⁵

¹⁰ PINAEUS, l. c. 1599. lib. I, cap. II, pag. 12—19.

¹¹ A. SPIGELIUS, *De hum. corp. fabrica*. 1632. lib. I, cap. IV, pag. 13; lib. VIII, cap. XVIII, pag. 329—330. „Nymphae dictae vel quia primum sponsum admittant; vel, quia nympharum officia fungantur, ut enim illae rivis et scaturientibus praesunt aquis: sic hae urinae rivulo praefectae videntur.“ (SPIGEL hat hier, ohne es zu nennen, fast wörtlich den PINEAU abgeschrieben.)

Vgl. auch HYRTL, *Onomat. anat.* 1880. pag. 359—360.

J. CASSERI, *Tab. anat.* ed. D. BUCRETIVS. 1632. pag. 183. Tab. XVII, Fig. 1 DD, 4 CC, 5 EE.

¹² REGNERI DE GRAAF, *De mulierum organis generationi inservientibus tractatus novus*. 1672. Cap. IV, pag. 29.

„Die Najaden an der Harnquelle.“ HYRTL, *Das Arabische und Hebräische in der Anatomie*. 1879. pag. 72.

¹³ Von diesen waren 162 zwischen 15 und 20, 242 zwischen 20 und 25 und 40 über 30 Jahre alt. 192 hatten geboren; bei 23 derselben waren die anatomischen Verhältnisse in der Art verwischt oder unsicher, daß sie hier nicht mitgerechnet worden sind.

¹⁴ Von denselben waren 4 eben nur 14 Jahre alt, 29 im 16., 27 im 17., 171 im 18., 232 im 19. und 249 im 20. Jahre, 152 waren über 30 (bis 51) Jahre alt. 933, gegen 38,4%, hatten abortiert oder geboren, 496 nur ein, 161 zwei mal; von diesen 933 sind 32 aus den oben erwähnten Gründen nicht mitgerechnet worden. 1509 hatten nie geboren.

¹⁵ Die Patientinnen sind immer in liegender Stellung auf dem Visitationsstuhl untersucht, mit den Knien ziemlich weit von einander gespreizt und bei leichter Anspannung des Vestibulums mit den untersuchenden Fingern.

Das Vestibulum ist im ganzen nie recht tief, variiert aber in dieser Beziehung je nach der Lage der Vulva mehr nach vorn oder mehr nach hinten, nach der Dicke der großen Lippen und nach der Lage des Hymens oder der hymenalen Überreste (Carunculae hymenales s. myrtiformes) etwas mehr oder weniger nach vorn.

Im ganzen variieren die Nymphen ganz bedeutend an Form wie an Gröfse, meistens sind sie aber doch nicht recht klein. Bei 1475 von 2200 untersuchten Individuen ragten sie mehr oder weniger vor den großen Lippen hervor.¹⁶ In der Regel sind sie ziemlich symmetrisch, meistens auch in Form und Gröfse übereinstimmend; wenn ungleich groß, ist gewöhnlich die linke größer. Kleine und kürzere Nymphen sind meistens durch ihre ganze Länge von etwa derselben Höhe, nur oben und unten allmählich niedriger. Große Nymphen wachsen meistens schnell an Höhe von oben bis etwa zum Übergang zwischen ihrem oberen und mittleren Drittel, um danach nach unten schnell niedriger zu werden, mitunter tritt der obere Teil gleichsam etwas lappenartig hervor. Der Rand der Nymphen ist meistens feiner- oder gröber-rundzackig, mitunter gleichsam eine Reihe von niedrigen und weichen Spitzen zeigend; oben und unten ist der Rand jedoch fast immer eben. Wenn die Nymphen groß sind und vor den großen Lippen hervorragen, zeigen ihre Seiten oft schwache Runzeln, meistens der Länge nach, seltener und dann besonders an dem vorderen Teile der Innenseite quer verlaufend. Fast immer aber zeigt die Innenseite einen ausgeprägten Unterschied zwischen einer inneren glatten, schleimhautartigen, mitunter gleichsam seidenartigen Partie und einer äußeren, mehr hautartigen, mehr rauhen Partie. Die Grenze zwischen diesen Partien wird oft von einer schwach hervortretenden Leiste¹⁷ gebildet, die mitunter ganz kleine Zacken zeigt, die bis zur Verwechselung akuminate und filiforme Kondylome vortäuschen können. Viel seltener zeigt sich die innere Partie von fast derselben Beschaffenheit, wie die äußere, auch mit entwickelten, vortretenden kutanen Papillen versehen, die sich noch auf das Hymen fortsetzen können, wie bei dem von DOHRN¹⁸ beschriebenen Hymen fimbriatus. Die Dicke der Nymphen beträgt gewöhnlich 2—3 mm; fast immer sind sie gegen den freien Rand hin dünner, mitunter auch neben der nympholabialen Furche, besonders bei größerer Tiefe derselben. Die kurzen und niedrigen, nicht außerhalb der großen Lippen hervorragenden Nymphen sind mehr rötlich, mehr weich und etwas feucht. Die längeren und teilweise frei hervortretenden sind

¹⁶ Vgl. R. BERGH, *Symbolae*. I. 1894. pag. 405.

¹⁷ Erst HART scheint die Aufmerksamkeit auf diese „Linie“ bei einer der Sitzungen der Edinburgh obstetrical soc. (*Edinb. med. journ.* XXVIII. 1883. pag. 264) hingelenkt zu haben. Die Linie ist aber nicht „weiß“ (BALLANTYNE).

¹⁸ DOHRN, Die Bildungsfehler des Hymens. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* XI. 1885. pag. (1—19) 5. Taf. (I—VI) III.

dagegen an der ganzen Außenseite, sowie an der äußeren Hälfte der Innenseite mehr bräunlich oder selbst dunkler, fester und mehr trocken. Bei älteren Dirnen zeigen sie sich mitunter schlaff, gleichsam welk und ganz auffallend trocken; nur selten sind die Nymphen ganz dünn, fast durchscheinend.¹⁹

Trotz ihrer im ganzen doch ein wenig feuchten und gleichsam etwas schleimhautartigen Oberfläche zeigen die normalen Nymphen histologisch doch zunächst kutane Charaktere. Sie sind von einer ziemlich lockeren, fast fettlosen Binde substanz gebaut, von reichlichem, elastischem Gewebe und Massen von glatten Muskelbündeln, sowie von einem dichten Venennetze durchzogen, das den Nymphen eine gewisse Ähnlichkeit mit erektilen, kavernösem Gewebe verleiht. Sie zeigen ein wohl entwickeltes, einwärts gegen das Hymen an Stärke abnehmendes Papillarlager, Talgdrüsen, VATER - PACINISCHE Körper, KRAUSESCHE Endkolben und WAGNER-MEISSNERSCHE Gefühlskörper, dagegen keine Schleimdrüsen; sie sind von einem mehrschichtigen Plattenepithel überzogen (MERKEL, CARRARD, BALLANTYNE²⁰). In stärker entwickelten Nymphen scheint auch adenoïdes Gewebe, besonders um die Talgdrüsen, vorzukommen.²¹ Sehr stark entwickelt sind die Talgdrüsen, meistens etwas schräg liegend. MARTIN und LEGER zufolge²² sollen an der Außenseite der Nymphen auf jedem □cm etwa 100 solche vorkommen, an der Innenseite 120—150, in der Navicula dagegen nur 20 (und die Anzahl soll am Praeputium clitoridis noch geringer sein). Nicht ganz selten zeigen sich diese (gefüllten) Drüsen als weißlichgelbe, dichtstehende Punkte oder ganz feine Tüpfel durchschimmernd;²³ mitunter sind die Nymphen dann wie etwas fettig anzufühlen. Sehr selten sind die Talgdrüsen cystisch erweitert (ovula Nabothi). Bei ganz jungen, besonders noch nicht menstruierten, Individuen sind diese Drüsen weniger entwickelt; und bei älteren, besonders bei emen-

¹⁹ G. V. STELLER (*Beschreibung von dem Lande Kamschatka*. 1774. pag. 300) giebt an, daß die meisten Weiber Kamschatkas ursprünglich sehr große Nymphen haben, die einen Zoll vor dem Rima pudendi hervorragen und „durchsichtig wie Marienglas oder Pergament sind“; sie werden deshalb in der Jugend beschnitten, so wie „die Ohren bei den Hunden beschnitten werden“.

²⁰ J. W. BALLANTYNE, The labia minora and hymen. *Edinb. medic. journ.* XXXIV, 1. 1889. pag. (425—435, with 2 pl.) 428—432.

H. BRANDT (Das Leistensystem der Oberhaut beim Hunde. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXI, 10. 1895. pag. 473—474. Taf. IV, Fig. 8) hat beim Hunde etwas eigentümliche Verhältnisse der vulvären Oberhaut nachgewiesen, die wohl zu ähnlichen Untersuchungen beim Menschen auffordern könnten.

²¹ Vgl. H. CARRARD, Beitr. z. Anat. u. Phys. der kleinen Lippen. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* X. 1884. pag. 62—73. Taf. I—III.

²² MARTIN et LEGER, Rech. sur l'anat. et la pathol. des appar. secrét. des org. génit. ext. chez la femme. *Arch. génér.* 5. S. T. 19. 1862. pag. 73—75.

²³ Eine rohe Abbildung der Talgdrüsen der Nymphen findet sich bei A. WENDT, *De epidermide humana*. Diss. 1833. pag. 32. Tab., Fig. 6.

Eine gute Abbildung liegt in HENLE (*Handb. d. system. Anat.* II. 1873. pag. 440. Fig. 340) vor.

struierten, scheint ihre Anzahl abzunehmen, sowie die Nymphen selbst mitunter etwas zu atrophieren. Die schon von HALLER²⁴ angegebenen (Lacunae mucosae), später von ROBIN und HUGUIER²⁵ beschriebenen (Follicules mucipares) „Schleimfollikel“, die ganz hinten an der Innenseite der Nymphen oder in der nympho-hymenalen Furche vorkommen können, sollen, MARTIN und LEGER zufolge, nur Crypten (Cryptae vestibulares) sein. Sie sind zum Teil auch nur kleinere einfache Gruben der Schleimhaut, teilweise aber auch kurzästige Drüsenbildungen vom Bau der Endkammern (acini) der BARTHOLINischen Drüse.²⁶ Sie kommen in Anzahl von 2 bis mitunter 6 vor und können bisweilen weiter als die Öffnungen der vulvo-vaginalen Gänge (der Gland. vestib. majj.) sein und mitunter 2—3 mm tief; diese Crypten können somit oft erst durch Sondierung von den Mündungen jener großen Drüsen unterschieden werden. Mitunter hat sich aus den Crypten ein gonokokkenhaltiges, milchartiges Exkret ausdrücken lassen. Endlich zeigt sich, meistens dicht an der nympho-hymenalen Furche, weiter nach oben oder nach unten, meistens etwa in der Mitte zwischen der Urethralpapille und der Commissura posterior liegend, die gewöhnlich einzelne Öffnung der Glandula vestibularis major (der vulvo-vaginalen, BARTHOLINischen Drüse).²⁷ Die Öffnung, die mitunter sehr undeutlich ist, liegt selten weit hinab, fast in der Höhe der Drüse selbst, noch seltener in einer größeren Höhe, der Urethralpapille mehr genähert. Die Öffnung an der einen Seite des Vestibulums liegt öfter in einer anderen Höhe als an der anderen. Meistens ist sie ziemlich fein, besonders bei nicht libidinösen Weibern, kann aber fast immer ein Pferdehaar oder eine sehr feine Sonde (No. 1, CHARRIÈRE) aufnehmen, mitunter ist sie von einer feinen Schleimhautfalte bedeckt. So wie schon von C. BARTHOLIN gesehen, von JOH. HEIBERG (1842), von MARTIN und LEGER (1862) und zuletzt von LANG und TROST, sowie am Vestre Hospital von Kopenhagen²⁸ beobachtet, kann der Ausführungsgang dieser Drüse mitunter

²⁴ HALLER, *Elem. physiol.* T. VII, p. II. 1765. pag. 88.

²⁵ HUGUIER, Mém. sur les mal. des appar. secrét. des org. génit. ext. de la femme. *Mém. de l'acad. nat. de médecine.* XV. 1850. pag. 620.

²⁶ V. MÜLLER, Über die Entwgesch. u. feinere Anat. d. BARTHOL. u. Cowp. Drüse d. Menschen. *Arch. f. mikrosk. Anat.* XXXIX, 1. 1892. pag. (33—56, Taf. II) 54. Fig. 2 Dr.

²⁷ Vgl. R. BERGH, Beitr. z. Kenntn. d. Entz. der Gland. vestib. major (BARTHOLINI). *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXI. 1895. pag. (361—383) 365.

²⁸ JOH. HEIBERG, Om Betændelse af Sliimkjertlerne i Vulva. *Ugeskr. for Medicin og Pharm.* Christiania. I. 1842. pag. 19.

LANG, BARTHOL. Drüsen m. doppelten Ausführungsgängen. *Medic. Jahrb.* N. F. 1887. pag. 199—203. Taf. IV.

LANG, *Der vener. Katarrh.* 1893. pag. 92.

TROST, BARTHOL. Drüsen m. doppelten Ausführungsgängen. *Wien. med. Bl.* IX, 17. 1888. (Separat.)

R. BERGH, *Vestre Hosp.* i 1889. 1890. pag. 16; i 1892. 1893. pag. 16.

doppelt sein, in seiner ganzen Länge oder in einem Teile der distalen Strecke; die Öffnung der Drüse ist dann auch doppelt. Die zwei Öffnungen liegen dann meistens die eine oberhalb der anderen, oder die eine mehr nach außen an der Innenseite der Nymphen. An stark entwickelten Nymphen sollen mitunter feine Haare vorkommen können.²⁹ Ich habe solche nur bei drei stark brünetten und stark behaarten Individuen gesehen, sehr sparsam neben und an dem Rande der hervorragenden dunklen Nymphen verteilt.

Vollständig fehlen die Nymphen³⁰ nur sehr selten. Unter den oben genannten 2981 (571 + 2410) Individuen kam solches nur bei 6 (2 + 4) vor; bei 10 (2 + 8) anderen fehlte entweder die rechte (7) oder die linke Nymphen (3), während eine Andeutung eines ganz kurzen Frenulum praeputii an der anderen Seite vorkam.³¹ Bei 253 (32 + 221) Individuen waren die Nymphen klein, niedrig und kurz, sich nur längs des beiläufig oberen Drittels der großen Lippen erstreckend, und bei 18 derselben waren sie selbst sehr klein. Bei 620 (124 + 496) Individuen erstreckten sich die Nymphen beiläufig³² bis zu etwa der Mitte der Höhe des Vestibulums; nur bei wenigen war die rechte größer als die linke, viel häufiger die linke von bedeutenderer Größe als die rechte; bei 28 waren sie sehr hoch, bei 14 ganz niedrig. Bei 183 (55 + 128) Individuen stiegen die Nymphen bis unterhalb der Mitte der großen Lippen hinab; bei 6 war die rechte viel größer als die linke, bei 8 fand sich das umgekehrte Verhältnis; bei 26 waren die Nymphen groß, bei 6 von diesen sehr groß. Bei den letzten zwei Gruppen von Fällen wird häufig eine schwache

SAENGER zufolge (*Die Tripperansteck. beim weibl. Geschlecht*. 1889. pag. 19) sollte der vulvo-vaginale Gang „oft“ doppelte Mündung zeigen, eine Angabe, die sicherlich auf Mißdeutung beruht.

²⁹ Schon TABARRANI (*Observ. anatom. ed. sec.* 1753. pag. 75) erwähnt zwei Fälle (Bologna), in denen er Haare an den Nymphen beobachtet hat.

³⁰ Die Resultate der hier folgenden Untersuchungsreihen stimmen nicht recht mit den von VEDELER (Diskuss. in der Christiania medic. Gesellsch. *Norsk Mg. f. Lægevidensk.* 3 R. VII, 5. 1877. pag. 56—60) und von E. RODE (De endnu efter Involutionsperiodens Slutning mærkbare Tegn paa en forudgaaet Fødsel etc. *Nord. med. Arkiv*. XX. 1888. No. 3. pag. 2) stammenden Angaben.

³¹ MORGAGNI (*De sed. et causis morb.* Nov. ed. autt. CHAUSSIER et ADELON. VII. 1823. pag. 108 [lib. IV, epistola LVI, 18]) hat schon einen Fall erwähnt, in dem die linke Nymphen ganz fehlte, während die rechte klein war; er nennt einen anderen (l. c. V. 1821. lib. III, ep. XLVI, 20), in welchem beide Nymphen äußerst klein waren; sowie schliesslich noch einen etwas zweifelhaften Fall (l. c. VI. 1822. pag. 101 lib. III, ep. XLVIII, 44) von komplettem Fehlen der Nymphen.

PERCHAUX (Anomalie du développ. de la vulve, absence presque complète du clitoris et des petites lèvres. *Arch. de toxicologie*. XIII. 1886. pag. 559—562) hat auch einen Fall von fast vollständigem Fehlen der Clitoris und der kleinen Lippen mitgeteilt.

³² Selbstverständlich kann hier nur von einer kaum immer strengen Schätzung die Rede sein, da keine scharfen Grenzlinien sich an den erwähnten Partien finden.

Linie, gleichsam eine Fortsetzung der Nymphen, sich längs der Innenseite der großen Lippen hinab erstreckend gesehen. Bei 209 (65 + 144) Individuen setzten sich die beiden Nymphen bis an das Hinterende des Vestibulums fort, ohne aber sich miteinander zu verbinden; bei 35 waren die Nymphen groß oder sehr groß, eine Höhe (an ihrer Außenseite gemessen) bis 4—6 cm erreichend; bei 2 war die rechte Nymphe viel größer als die linke, bei 9 fand sich das umgekehrte Verhältnis. Bei 302 (41 — 261) Individuen waren die Nymphen von ganz ungleicher Länge, indem die eine, die rechte, nur bis etwa an die Mitte des Vestibulums hinabstieg, während die andere bis an sein Ende reicht; nur bei 24 (4 + 20) war umgekehrt die linke kürzer; bei 18 dieser Individuen waren die Nymphen groß; bei 5 war die linke, bei 2 die rechte viel stärker als die andere entwickelt; bei 5 Individuen waren die Nymphen ganz niedrig. Bei einer viel größeren Anzahl von diesen 2981 (571 + 2410) Individuen, nämlich bei in allem 1238 (216 + 1022), setzten sich die Nymphen unten ineinander fort, übrigens dabei nicht wenig verschiedene Verhältnisse zeigend. Bei 1069 (174 + 895) wurden die Nymphen ganz einfach mit einander verschmelzend gesehen, das Vestibulum war ringsum von den Nymphen eingefasst. Bei 141 (21 + 120) von diesen letzteren (1069) waren die Nymphen groß, 3—4 cm hoch, dunkelfarbig; bei anderen 68 (9 + 59) sehr groß, 5—6 cm hoch, bei einem dieser Individuen (das nicht geboren hatte) waren die Nymphen an etwa der Mitte stark in die Quere geteilt,³³ bei 22 war die linke Nymphe viel größer, bei 7 dagegen die rechte; bei 22 Individuen waren die Nymphen ganz niedrig. Bei 169 (42 + 127) anderen dieser 1238 Individuen ging vom gebildeten Frenulum nympharum eine meistens mediane, einfache oder am Ursprunge kurz-gabelige, meistens nicht recht starke Falte aus, die eine nur wenig vortretende Rhaphe interfeminei bildet,³⁴ welche nur ein einziges Mal bei langem Interfemineum sehr stark und geschlängelt gesehen wurde. Bei 4 Individuen war die Kontinuität von Frenulum und Rhaphe am Frenulum abgebrochen; bei einem endigte die letztere vor dem Anus in eine querlaufende Falte; bei einem anderen mit tief gegabelter Rhaphe wurde zwischen den Zweigen der Gabel noch eine mediane, aber mit dem Frenulum nicht verbundene Rhaphe gesehen. Die Nymphen waren bei 27 dieser (169) Individuen groß und bei 19 sehr groß; die rechte war bei 2 größer als die linke, bei 4 fand sich das umgekehrte Verhältnis. Aber auch sonst

³³ Dieses Verhältnis ist schon von MORGAGNI gesehen. (*Advers. anatom. omnia*. Nova ed. 1741. IV. 1740. pag. 42.)

³⁴ Vgl. R. BERGH, *Symbolae*. I. l. c. 1894. pag. 414.

Rhaphe ist die orthographisch richtige Schreibart, weil die Griechen *ῥαφή* (und nicht *ραφή*) schrieben. Vgl. HYRTL, *Onomat. anat.* 1880. pag. 442.

sind die Verhältnisse dieser Rhapshe etwas verschieden. Bei 42 (2 + 40) Individuen lag der Ursprung derselben links, vom linken Teile des Frenulums ausgehend; bei 32 (5 + 27) fand sich der Ursprung der Rhapshe rechts am Frenulum. Bei 4 Individuen fand sich jederseits eine Rhapshe interfeminei vom Frenulum nympharum ausgehend, bei dem einen Individuum kam aber noch eine mediane zwischen den zwei lateralen vor. Eine wohl entwickelte Rhapshe wurde aber noch bei 17 (3 + 14) Individuen als unmittelbare Fortsetzung von Nymphen gesehen, die sich nicht in ein Frenulum vereinigten; bei 10 (2 + 8) allein von der rechten, bei 7 von der linken Nymphe gebildet. Bei 14 Individuen stand die Rhapshe in Verhältnis zu den großen Lippen, von einem Frenulum labiorum ausgehend.

Bei 99 (22 + 77) Individuen reichten beide Nymphen nur, und zwar unsymmetrisch, an etwa die Mitte des Vestibulums; es kam aber doch ein Frenulum vor, das den beiden Nymphen zugeschrieben werden zu müssen schien. Bei 52 (9 + 43) Individuen war die rechte Nymphe kurz, und das Frenulum wurde nur von der langen linken gebildet; bei 9 (3 + 6) gehörte das Frenulum umgekehrt nur der rechten Nymphe. Bei 2 dieser Individuen fand sich die rechte und bei 3 die linke (ohne vorausgegangene Geburt) an etwa der Mitte quergeteilt.

Bei 20 Individuen kam hinter dem Frenulum nympharum, zwischen diesem und dem Frenulum labiorum, eine Navicula inferior vor; bei 16 derselben ging von dem hinteren Frenulum die mediane Rhapshe interfeminei aus, bei 4 mit zwei Schenkeln entspringend.

Die Nymphen waren in allem bei 368 Individuen von recht bedeutender Gröfse; bei 146 von einer Höhe von vollen 2 cm, bei 170 von etwa 3 cm, bei 32 von 4—5 und bei 20 von fast 6 cm Höhe. Bei großer Höhe sind sie mitunter ungleich groß; besonders auffallend war solches bei 49 Individuen, bei 33 derselben war die linke Nymphe die bei weitem gröfsere. Bei 8 stark brünetten Individuen waren die kolossalen Nymphen fast schwarz.

Bei 6 Individuen wurde gleichsam eine sekundäre Nymphe³⁵ ausserhalb der rechten gesehen, bei 13 ausserhalb der linken und bei 10 an der Außenseite von beiden Nymphen.³⁶ Bei 4 Individuen fand sich gleichsam eine Querfalte, viel seltener (2) zwei solcher, sich von der rechten Nymphe

³⁵ WINCKEL (*Lehrb. d. Frauenkrankh.* 2. Aufl. 1890. pag. 20) scheint eine doppelte Nymphe an der einen Seite gesehen zu haben; ebenfalls SCHÄFFER (*Bildungsanom. weibl. Geschlechtsorgane etc. Arch. f. Gynäkol.* XXXVI. 1893. pag. 203. Taf. VII, Fig. 7).

³⁶ Dreifache Nymphen, wie die von NEUBAUER (*De triplici nympharum ordine.* Jena. 1774) beschriebenen und abgebildeten, habe ich nie gesehen. Die Deutung des Verhältnisses, so wie in der Figur dargestellt, scheint auch ganz unrichtig; die äußerste ist die eigentliche Nymphe, die aber weder mit dem Präputium noch mit dem Frenulum clitoridis Verbindung gehabt hat, welche aber dann als mittlere und innere Nymphe gedeutet worden sind. Vgl. auch HENLE, l. c. pag. 436.

an die große Lippe erstreckend, bei 8 kam eine ähnliche Bildung an der linken und bei 25 an beiden Nymphen vor.

Es scheint, daß die Nymphen, sowie im ganzen die Vulva, stärker bei sehr libidinösen, noch dazu brünetten Individuen entwickelt sind. Durchschnittlich, als Regel, kommt eine solche stärkere Entwicklung nicht bei den öffentlichen Dirnen vor, was auch damit stimmt, daß es in den meisten Fällen nicht erhöhte Sensualität ist, die die Individuen in die öffentliche Prostitution gedrängt hat. Auch die Profession dieser Individuen ändert nicht oder wenigstens erst nach langer Zeit die Formenverhältnisse ihrer äußeren Genitalien. Schon PARENT-DUCHATELET³⁷ hat diese Erfahrung hervorgehoben, und spätere widersprechende Angaben³⁸ entkräften nicht die Behauptung des berühmten Franzosen. Nur bei älteren und alten (emenstruierten) Dirnen sieht man mitunter die Nymphen schlaff, gleichsam welk und auffallend trocken; welcher Zustand aber auch bei anderen nicht prostituierten älteren Individuen und vielleicht noch häufiger gefunden werden kann (sowie ein mehr unelastischer, weniger sukkulenter Zustand der Vagina, mit mehr klaffendem Introitus). Eine mehr exzessive Größe der Nymphen hat sich immer die Aufmerksamkeit der Anatomen,³⁹ der Pathologen,⁴⁰ sowie der Laien⁴¹ zugezogen. Ihre größte Entwicklung scheinen die Nymphen bei verschiedenen afrikanischen Völkern zu erreichen und zwar besonders in der so viel besprochenen Hottentottenschürze.⁴² Bei vielen dieser Stämme ist daher Circumcision ritual im frühen Mädchenalter (von 8—9 Jahren). Es gab übrigens in Europa eine Zeit, wo, aus anderen Gründen, eine ähnliche Beschneidung recht häufig von Ärzten, besonders von Gynäko-

³⁷ PARENT-DUCHATELET, *De la prostitution dans la ville de Paris*. 3. éd. I. 1857. pag. (204—) 213.

Vgl. PELIKAN, *Gerichtlich-med. Unters. üb. das Skopzentrum in Russland*. 1876. pag. 171.

³⁸ CHARPY, Des org. génit. ext. chez les prostituées. *Ann. de dermat. et de la syphiligr.* III. 1870. pag. 271—279.

CELLARD, De l'Éléphantiasis vulv. chez les européennes. Thèse de Paris. 1877. — *Ann. de dermat. et de la syphiligr.* IX. 1877. pag. 108.

³⁹ SCHURIG (*Muliebria*. 1729. pag. 154) hat die meisten der zu seiner Zeit in der Litteratur bekannten Fälle von großen Nymphen zusammengestellt und handelt schon (l. c. pag. 140) die damit bei verschiedenen Völkern in Verbindung stehende Nymphotomie und Circumcision ab.

⁴⁰ WINCKEL (l. c. pag. 20) hat zwei Individuen mit Nymphen von einer Länge von 9,5 und 11,5 cm gesehen.

⁴¹ BRANTÔME (*Oeuvres de Seigneur Brantôme*. Nouv. éd. 1740. II. pag. 367) erwähnt einen Fall von fingerlangen Nymphen (landilles).

⁴² J. MÜLLER, Über die äußeren Geschlechtsteile der Buschmänninnen. *Arch.* 1834. pag. 319—345. Taf. VI.

Vgl. PÉRON et LESUEUR, Observ. sur le tablier des femmes hottentotes. *Bull. de la soc. zool. de France*. VIII. 1883. pag. 15—33.

PLOSS, *Das Weib in der Natur- u. Völkerkunde*. 4. Aufl. von M. BARTELS. I. 1895. pag. 163—169.

logen,⁴³ geübt wurde, teils mit, teils ohne Clitoridectomie, teils als Mittel gegen Manustupration, teils gegen Pruritus vulvae. Große Nymphen können aber auch in anderer Weise, z. B. beim Reiten und Radfahren⁴⁴ in hohem Grade genießen.

Am Boden des mehr oder weniger tiefen Vestibulums findet sich das Hymen oder die Überreste desselben als am häufigsten 3—4 (sehr selten 5—6) hymenale (myrtiforme) Karunkel.

Weder die Griechen noch die Römer besaßen irgend eine Bezeichnung für diesen Teil der (virginale) weiblichen Genitalien. Bei den praktischen Ärzten und den Laien späterer Zeiten hatte dasselbe verschiedene Benennungen, wie Flos virginum (daher defloratio), Claustrum virginum, Hymen u. s. w.; aber erst bei VESAL,⁴⁵ FALLOPIO⁴⁶ und PINEAU⁴⁷ scheint Hymen als anatomische Benennung (zum Teil neben Claustrum virginale) vorzukommen. Der Name wurde von SPIGEL,⁴⁸ sowie von RIOLAN⁴⁹ adoptiert, durch die großen Autoritäten von R. DE GRAAF⁵⁰ und von HALLER⁵¹ gestützt und wird wohl jetzt durch die von HIS redigierte neue anatomische Nomenklatur⁵² definitiv als anatomische Bezeichnung festgeschlagen sein.

Das Hymen war schon von mehreren der früheren Ärzte und besonders von einigen Gynäkologen (FERNEL, A. PARÉ, FR. MAURICEAU, PALFYN) als ein etwas zweifelhaftes virginales Attribut angesehen worden und scheint, kurios genug, besonders in Frankreich als solches stark angezweifelt worden zu sein. BUFFON⁵³ erwähnte diese „prétendue virginité“ als „chimérique“, und selbst CUVIER,⁵⁴ der doch das Dasein eines Hymens bei verschiedenen Säugern nachgewiesen hatte, spricht mit einigem

⁴³ G. BRAUN, Ein weiterer Beitr. z. Heilung d. Masturbation durch Amputation d. Clitoris u. d. kl. Schamlippen. *Wien. med. Wochenschr.* XVI. 21, 22. 1866. pag. 329—331, 345—347.

In der Abteilung SIGMUNDS im Wiener allg. Krankenh. kamen solche Amputationen, besonders bei Geschwüren an den Nymphen, ziemlich häufig vor. Vgl. (MRAČEK) *Ber. f. d. J.* 1879. pag. 17.

⁴⁴ Vgl. *Ber. fra Alm. Hosp.* 2 Afdel. for 1866. 1867. pag. 33. (*Bibl. f. Læger.* 5 R. XV. 1867. pag. 221).

⁴⁵ A. VESALIUS, *De humani corporis fabrica libri septem.* 1542. lib. V. pag. 654.

⁴⁶ G. FALLOPIUS — *Opera omnia.* 1600 (*observ. anatom.*) pag. 420.

⁴⁷ S. PINAEUS, l. c. 1599. lib. I, cap. 5. pag. 25, 31; cap. 6. pag. 33, 34.

HALLER benennt den PINAEUS „restitutor hymenis“.

⁴⁸ SPIGELIUS, l. c. 1632. pag. 13, 330.

⁴⁹ J. RIOLANI — *Opera anat.* 1649. *Anthropographiae* lib. II. pag. 189—195.

⁵⁰ R. DE GRAAF, l. c. 1672. pag. 35—62. Tab. IV, Fig. 1.

⁵¹ HALLER, *Elementa physiol.* VII, p. II. 1765. pag. 79.

⁵² HIS, *Die anatom. Nomenklatur.* 1895. pag. 64.

⁵³ BUFFON, *Hist. nat. Nouv. éd.* IV. 1769. pag. 250—253. Rien n'est donc plus chimérique que les préjugés des hommes à cet égard.

⁵⁴ CUVIER, *Leçons d'anat. comparée.* V. 1805. pag. (128—135) 133.

Zweifel über das konstante Vorhandensein desselben bei unzweifelhaften Jungfern. Es ist somit vielleicht nicht nur Spott und Ironie, sondern die Auffassung der damaligen Zeit, die in der bekannten Zeile in der „pucelle“ von VOLTAIRE⁵⁵ erscheint. Die Untersuchungen neuerer Zeiten der Genitalien unzweifelhaft vaginaler Individuen, sowie die Ergebnisse ontogenetischer Untersuchungen haben aber das Dasein dieser Bildung bei normalen vaginalen Individuen außer Zweifel gesetzt. Das Hymen ist weit hinter den klimakterischen Jahren bewahrt gesehen, kann auch eine festere, selbst ziemlich harte Beschaffenheit⁵⁶ erwerben, die ein Geburtshindernis abgeben kann und mitunter zu einem kleinen operativen Eingriff nötigt, wie die meisten lange praktizierenden Ärzte es wohl erlebt haben werden.

Die am häufigsten vorkommende Form des Hymens ist die in Gestalt eines Ringes (Hymen annularis) mit breiterer hinterer Hälfte, mit dünnerem Rande und mit Öffnung oberhalb der Mitte. Diese Form kam auch bei zwei durch einen Mißgriff der Polizei eingelegten Mädchen vor und bei zwei ganz jungen und ganz früh depravierten Individuen, einem Paar Scortilla mit sehr nach hinten liegender Vulva, bei denen die mißglückten Deflorationsversuche Vulvitis mit inflammatorischer Geschwulst des Hymens und starkem Vaginismus hervorgerufen hatte. Die Furcht der Schmerzen bei den Kohabitationsversuchen hatte diese Mädchen zu anderen Lüderlichkeiten gebracht, sie fungierten als Fellatrices, ließen sich pädizieren u. s. w.; nach Beseitigung der Vulvitis wurde das Hymen in Narkose mit dem Spekulum gesprengt.⁵⁷ Bei mehreren Individuen, besonders bei solchen, die schon als kleine Mädchen von Knaben debauchiert waren, fand sich als Überrest eines annulären Hymens keine Karunkel, aber ein 2—3 mm hoher Ring. Bei einem jungen Mädchen, das nie geboren hatte, zeigte sich die untere Karunkel in eine Zunge von fast 1,5 cm Länge ausgezogen, Überrest eines Hymen linguliformis.⁵⁸ Bei einem anderen, auch jungen und nie schwangeren Individuum fand sich ein 1 cm breiter, brückenartiger Hymenrest über den unteren Teil der Urethralpapille gespannt, indem das Hymen abnorm weit nach vorn an der Urethralpapille befestigt gewesen war.⁵⁹ Bei drei jungen Individuen war eine laterale Karunkel groß und durchbohrt (von der ursprünglichen

⁵⁵ La pucelle d'Orléans. Chant II, 1—2 Vers.: Heureux cent fois qui trouve un pucelage! C'est un grand bien.

⁵⁶ SHAKESPEARE, All's well that end's well. Act I, Scene 1 (PARDLES): (virginity) the longer kept the less worth.

⁵⁷ R. BERGH, Ber. fra Alm. Hosp. 2 Afdel. i 1868. 1869. pag. 21. (*Bibl. f. Læger.* 5 R. XIX. 1869. pag. 213.)

⁵⁸ DOHRN, Die Bildungsfehler des Hymens. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* XI. 1885. pag. 7.

⁵⁹ Vgl. DEBIERRE, *Les vices de conformation des org. génit. et urin. de la femme.* 1892. pag. 260.

Hymenöffnung), indem das Hymen exzentrisch zerrissen worden war. Bei einer 25jährigen Dirne, die nie schwanger gewesen war, kam jederseits hinter der hymenalen Karunkel noch eine volle 1,5 cm lange, stark vorspringende sekundäre Karunkel vor (Hymen multiplex).⁶⁰ Die Erklärung dieses doppelten Hymens ist ziemlich unklar, vielleicht stammt dasselbe von einer Nicht-Verschmelzung der zwei Lamellen, die auch SCHÄFFER zufolge⁶¹ ursprünglich das Hymen bilden.

Verschiedene Gynäkologen (SCHRÖDER, BIDDER, BUDIN⁶² u. m.) haben die Entwicklung von wahren Karunkeln in Verbindung mit Abhängigkeit von vorausgegangener Schwangerschaft setzen wollen; an und für sich sollte die Zerreiſung des Hymens (Flos virginum) beim Konnubium, die Defloration, nur dasselbe in dünne Lappen zerteilen, aber erst Schwangerschaft und Geburt dieselben in wirkliche Carunculae hymenales (myrtiformes) umwandeln. Diese Behauptung ist ganz unrichtig. Die Karunkel können bei Individuen, die nie schwanger gewesen sind, ganz dasselbe Aussehen haben wie bei Individuen, die selbst mehrmals geboren haben. Von der Beschaffenheit der Karunkel läßt sich überhaupt keine Diagnose in bezug auf vorausgegangene Geburt entnehmen, obgleich im allgemeinen gesagt werden kann, daß die Karunkel bei Individuen, die nie geboren haben, mitunter auffallend klein und dünn sind. In gerichtsmedizinischer Beziehung ist die Beschaffenheit der Karunkel meistens wertlos.⁶³

Die hymenalen Karunkel zeigen sich von verschiedener Länge und Breite, mehr gerundet oder mehr zugespitzt, eben oder mitunter ein wenig uneben, einander mehr oder weniger genähert, bisweilen ziemlich symmetrisch stehend, meistens jedoch etwas unsymmetrisch. Bei alten Individuen sollen sie fast ganz verschwinden können; vollständig verschwunden habe ich sie nur bei zwei alten und emenstruierten Dirnen gesehen, von welchen die eine auch geboren hatte.

⁶⁰ DOHRN, l. c. 1885. pag. 3. Taf. I, Fig. 1.

⁶¹ SCHAEFFER, Bildungsanom. weibl. Geschlechtsorg., m. bes. Berücksichtig. d. Entw. d. Hymens. *Arch. f. Gynäkol.* XXXVII. 1890. pag. (199—250, Taf. VI, VII) 221.

⁶² BUDIN, Rech. sur l'hymen et l'orifice vaginal. *Ann. de gynécologie.* XIII. 1880. pag. (48—72) 50.

⁶³ Vgl. E. RODE, De endnu efter Involutionsperiodens Slutning märkbare Tegn paa en forudgaaet Födsel. *Nord. medic. Arkiv.* XX, No. 2. 1888. pag. (1—31 m. 5 T.) 9.

Die Histologie der Hydroa vacciniforme von BAZIN.

Mitteilung vom dritten internationalen dermatologischen Kongress in London.

Von

Prof. V. MIBELLI in Parma.

(Mit Tafel IV.)

Meine Herren!

Ich hatte die Gelegenheit, an meiner Klinik in Parma einen Fall dieser seltenen, noch wenig studierten Affektion zu verfolgen, welche BAZIN zuerst beschrieben und als Hydroa vacciniforme bezeichnet hat.¹ Auch in späteren Arbeiten von BAZIN^{2, 3} wurde die Krankheit erwähnt, während sie von anderen Autoren während eines Zeitraumes von 20 Jahren nirgends mehr angeführt wird und so in beinahe vollständige Vergessenheit gefallen war. Erst 1889 teilte HANDFORD in den *Illustrated medical News*⁶ einen Fall dieser sonderbaren Dermatoze mit. Er wies auf die erste Beschreibung derselben durch BAZIN hin und erklärte, daß der von unserem hochgeehrten Präsidenten im Jahre 1888⁴ als „Sommereruption“ vorgestellte Fall mit der BAZINSchen Affektion identisch sei.

Auf die Mitteilung von HANDFORD folgten diejenigen von BERLINER,⁷ BURI,⁸ VAN DORT⁹ über denselben Gegenstand, doch blieb selbst den hervorragendsten Dermatologen die Affektion vollkommen unbekannt, so daß BROcq in der zweiten Auflage seines *Handbuches* noch den Satz brachte: „Die Hydroa vacciniformis von BAZIN scheint keiner der gegenwärtig klassifizierten Dermatosen zu entsprechen.“ Erst im Jahre 1893 erscheint die Krankheit in einem dermatologischen Lehrbuche, und zwar in der zweiten Auflage des bekannten Werkes von R. CROCKER, der sie unter der Bezeichnung „Hydroa vacciniformis oder aestivalis“ beschreibt.¹¹ In den folgenden Jahren veröffentlichten BOECK,¹² BROcq,¹³ BOWEN,¹⁴ CROCKER,¹⁵ MOREIRA,¹⁶ JARISCH¹⁷ und GRAHAM¹⁸ weitere Fälle. Gegenwärtig besteht wohl nicht der geringste Zweifel mehr über das Vorhandensein dieser Affektion als wohlcharakterisierte Dermatoze, der man die von BAZIN glücklich gewählte Bezeichnung Hydroa vacciniformis belassen muß. Trotzdem bleibt die Zahl der bisher beobachteten Fälle eine relativ geringe, indem sie 20 nicht übersteigt. Deshalb habe ich mir erlaubt, Ihnen einen neuen Fall vorzuführen in der Hoffnung, daß beim einen oder dem anderen unter Ihnen die Erinnerung an ähnliche Beobachtungen aus seiner Praxis wachgerufen werde, wo er sich bezüglich

der Diagnose nicht recht klar werden konnte. Denn selbst dem erfahrendsten Dermatologen bereitet diese letztere die größten Schwierigkeiten, wenn er in die Lage kommt, zum ersten Male einen Fall von *Hydroa vacciniiformis* zu sehen. Wie Brocq erging es auch mir, als ich 1893 meinen Patienten das erste Mal untersuchte; ich konnte keine sichere Diagnose stellen. Erst im Verlaufe dieses Jahres, als ich die ausgezeichneten Schriften von Boeck und Brocq gelesen hatte, drängte sich mir die Diagnose einer *Hydroa vacciniiformis* auf.

Wie wichtig auch die Beschreibung des klinischen Bildes des Falles sein dürfte, so glaube ich, Sie doch damit verschonen zu dürfen, indem ich Ihnen dafür eine Reihe von Photographien und Zeichnungen vorlege. Ich werde mich hauptsächlich auf die Mitteilung der histologischen Veränderungen beschränken und Ihnen die betreffenden mikroskopischen Präparate zur Verfügung stellen.

Die Krankengeschichte des (in Italien zum ersten Male beobachteten) Falles ist kurz folgende:

Pylades G., zwölf Jahre alt, Schuhflicker aus Parma. Anamnese. Vater leidet an vorgeschrittener Lungentuberkulose; die Mutter, ein Bruder und eine Schwester gesund. Während seines ersten Lebensjahres, sowie auch später im Alter von drei Jahren, hatte Patient viel an schweren ekzematösen Eruptionen zu leiden. Mit vier Jahren kam er ins Spital, wo er 16 Monate verblieb und wegen eines Ascites mehrmals punktiert wurde. Er erholte sich aber ziemlich gut und blieb gesund bis 1890, wo er zum zweiten und 1896 zum dritten Male erkrankte, am letzten an Typhus abdominalis ohne Komplikationen.

Die gegenwärtige Affektion datiert aus dem Anfange des Jahres 1891, trat dann seither alljährlich zur gleichen Zeit und unter den gleichen Erscheinungen auf, um jeweilen nach einzelnen Schüben im Juni zu verschwinden. Nur im Jahre 1895 blieb die Eruption aus, und gerade damals, genau zur Zeit, wo sie sich gewöhnlich zeigte, mußte Patient wegen Krankheit das Bett hüten.

Nach den Aussagen der Mutter und unseren eigenen Beobachtungen tritt die Affektion jeweilen in den ersten Frühlingstagen auf. Wenn sich dann der Patient während einigen Stunden den Sonnenstrahlen ausgesetzt hat, so bedeckt sich das Gesicht über Nacht mit den charakteristischen Elementarläsionen; weiterhin entstehen immer wieder neue Schübe, welche genau mit dem Wechsel der Witterung und dem Grade der Einwirkung der Sonnenstrahlen übereinstimmen. Gleich mit dem Beginne des Sommers hört diese Empfänglichkeit der Haut auf und der Knabe kann sich ungestraft den Sonnenstrahlen aussetzen.

Die Eruption bleibt stets auf das Gesicht beschränkt und zwar besonders auf die Gegend über den Jochbeinen, auf die Nase und die

Ohren. Nur vor zwei Jahren waren einmal auch die Handrücken, die Vorderarme, die Beine und Schultern schwach befallen.

Aussehen und Verlauf der Eruption. In ihrer vollen Entwicklung stellt die Affektion ein Exanthem dar, das sich aus hanf- bis linsengroßen und selbst noch größeren Bläschen zusammensetzt. Die kleinsten derselben sind halbkugelig oder rund, die größeren flach oder im Zentrum etwas eingesunken; alle ragen merklich über das Hautniveau empor, welches bei der Berührung eine gewisse Resistenz bietet. Ihre Farbe ist weißlich, etwas durchsichtig, opaleszierend, im Zentrum mit einer etwas lividen Nuance. Einzelne Efflorescenzen sind von einem leicht erythematösen Hofe umgeben. Beim Anstechen mit einer Nadel entleeren die größeren Blasen eine klare Flüssigkeit und fallen vollständig zusammen; die kleineren hingegen lassen sich nicht vollständig entleeren. Die Elemente sind regellos verteilt und meist isoliert, doch gelang es mir auch Stellen zu entdecken, wo deren zwei oder drei zusammengeschmolzen waren; doch behielten sie auch hier eine gewisse Selbständigkeit bei, indem der livide Fleck des Zentrums erhalten blieb.

Obwohl sich das Exanthem aus einem einzigen Typus von Elementen zusammensetzt, an dem sich der WILLANSche Bläschentypus erkennen läßt, so befinden sich die einzelnen Läsionen doch in einer verschiedenen Stufe der Entwicklung oder der Intensität des Prozesses. Auch kommen unter den Bläschen Pusteln und impetiginöse Borken vor, welche durch sekundäre Infektion entstanden sind, wie dieses aus meinen bakteriologischen Untersuchungen hervorgeht. Der Polymorphismus des Exanthems ist demnach bloß ein scheinbarer und das weißliche Bläschen mit zentralem, bläulichem Fleck bildet den Typus der Elementarläsion.

Jede Efflorescenz beginnt mit einem kleinen erythematösen Fleck, der sich rasch in ein Bläschen umwandelt. In zwei oder drei Tagen hat dieses den Höhepunkt seiner Entwicklung erreicht und nun tritt vom Zentrum nach der Peripherie ein Rückbildungsprozeß ein, indem das erstere einsinkt und der zentrale livide Fleck dunkelrot wird. Die größeren Efflorescenzen können sich nun nach der Peripherie noch weiter ausdehnen, während das Zentrum bereits in regressiver Metamorphose begriffen ist. Dadurch entstehen jene charakteristischen Formen, welche an Vaccinepusteln erinnern, mit dunkelrotem eingesunkenen Zentrum (Umbilication), das von einem weißen, opaleszierenden oder undurchsichtigen Kreise umgeben ist.

Der Rückbildungsprozeß ist bei allen Efflorescenzen derselbe, welche Ausdehnung diese auch genommen haben: der zentrale Fleck wird dunkler und interessiert nun nicht allein mehr die innere Fläche der Bläschen, sondern auch die äußere; an der Stelle des Fleckes sinkt das Bläschen unter Eintrocknen ein, während sich der Fleck ausdehnt, gelblich bis

braunrot und selbst ganz schwarz wird; niemals aber erreicht er die äußerste Peripherie des Bläschens. Auf diese Weise entsteht unter der Bläschendecke allmählich eine gelblich-rote oder schwarze trockene, linsenförmige Borke von der Ausdehnung des vorerwähnten Fleckes. Nach dem Abfall der Borke bleibt ein flacher, glänzender Fleck, bei schwereren Fällen eine kleine etwas eingesunkene Narbe zurück. Auch die Narben gehören zur Charakteristik der Dermatoze.

Was das Auftreten des Exanthems als Ganzes anbelangt, so nimmt dieses, wie wir es öfters gesehen, einen raschen Verlauf ohne Vorboten, indem sich die meisten Efflorescenzen bereits vor dem Erscheinen des Exanthems gebildet haben. Die Dauer der einzelnen Eruptionsperioden beträgt zwei bis drei Wochen, doch kommt es vor, daß sich ein neuer Schub zeigt, bevor der vorhergehende vollständig verschwunden ist. Dadurch nimmt die Krankheit einen chronischen Charakter an.

Die subjektiven Beschwerden bestehen in leichtem Jucken oder einem Gefühl von Brennen an den affizierten Stellen, während das Allgemeinbefinden ungestört ist.

Bakteriologische Untersuchung. Alle meine Kulturversuche mit dem Inhalte von Bläschen in voller Entwicklung fielen negativ aus. Nur einmal gelang es mir, an Pusteln und Krusten den *Staphylococcus pyogenes aureus* zu züchten.

Histologischer Befund. Es wurden mehrere Efflorescenzen in verschiedenen Entwicklungsstadien aus der Wange und der Ohrmuschel excidiert und in absolutem Alkohol gehärtet, die Schnitte nach den zahlreichen Färbemethoden UNNAS behandelt.

Aus der Untersuchung eines typischen hanfkorngroßen Bläschens des Ohrläppchens geht hervor, daß alle Schichten der Haut, mit Einschluss des Unterhautzellgewebes, schwer betroffen sind und daß sich die Veränderungen nicht nur auf das Territorium des Bläschens beschränken, sondern über dessen Grenzen hinausreichen. In unmittelbarer Nähe der Bläschenperipherie ist die Cutis hyperämisch und weist eine intensive kleinzellige Infiltration mit Schwellung der Papillen auf. Zwischen dieselben hinein schiebt die Schleimschicht dünne, unscharf begrenzte Fortsätze, während sie über den Papillen selbst beträchtlich verschmälert ist. Die Körnerschicht ist auf eine einzige Zellenreihe reduziert, das Stratum lucidum ist sozusagen normal, die übrigen Schichten des Stratum corneum sind serös infiltriert und in ihrem Zusammenhange gelockert. Eingeschlossen von diesen Epithelfortsätzen ist die in Bläschen umgewandelte Stachelschicht, die nach oben von einer kontinuierlichen, regelmäßigen, nach unten von einer wellenförmigen Schicht begrenzt ist. Das Bläscheninnere ist von oben nach unten von zahlreichen Wänden durchzogen, die es in mehrere verschieden große und verschieden ge-

formte Fächer teilen. Die Bläschendecke besteht aus einer ununterbrochenen Epidermisschicht, welche unmittelbar in die Epidermis der Bläschenumgebung übergeht. Sie besteht aus den oberen Hornschichten, dem beinahe normalen Stratum lucidum, dem sehr reduzierten, aber deutlich erkennbaren Stratum granulosum und unten aus einem Teile der Stachelschicht, von der einige Zellen die verschiedenen Grade der LELOIRschen „Transformation cavitaire“ aufweisen. Der Boden des Bläschens wird nicht von einer kontinuierlichen Stachelschicht überzogen; nur in der Peripherie sieht man Überreste von Epithelleisten, über welchen sich die einfacheren Bläschenfächer öffnen; an allen anderen Stellen grenzt die Bläschenhöhle an die papilläre Cutis, die aber überall scharf begrenzt ist. Von oben nach unten durchziehen das Bläscheninnere dünne, der Stachelschicht angehörende Säulchen, welche kleinere Räume abgrenzen, die körniges oder fadenförmiges Fibrin enthalten, sowie zahlreiche Leukocyten der verschiedenen Arten, aber keine Mikroorganismen.

Diese Säulen gehen nach unten in die Epithelfortsätze über oder in die Stachelschicht einzelner Haarfollikel, aber sie verschwinden allmählich auf dem Boden des Bläschens, während sie nach oben fächerförmig auseinandergehen und in die Stachelschicht übergehen, welche die innere Fläche der Bläschendecke bildet. Stellenweise umgrenzen die Epithelwandungen genau sphärische oder aber unregelmäßig rundliche Räume; ihre Zellen sind dann bloß zusammengedrückt oder länglich ausgezogen. An anderen Stellen hingegen sind die Wandungen selbst serofibrinös oder kleinzellig infiltriert, wodurch sie in dünne Fäden zerfallen, welche sich mit den Fibrinfäden der angrenzenden Räume vereinigen. Nach oben, wo sich die Epithelsäulen fächerförmig ausbreiten, findet man hydropische Zellen, an welchen die LELOIRschen „kavitären Umwandlungen“ (wie UNNA in seiner *Histopathologie* den Ausdruck übersetzt) zu erkennen sind.

Bei allen diesen schweren Veränderungen der Schleimschicht findet man keine Koagulations- oder Kolliquationsnekrose des Zellprotoplasmas; auch von der UNNASchen retikulierenden oder ballonierenden Degeneration ist nichts zu entdecken. Man sieht aber ganz deutlich, daß sich die einzelnen Bläschenräume durch Ausdehnung der Zelllagen der Stachelschicht und durch Kompression ihres Epithels bilden. Die Kompression scheint so rasch einzutreten, daß die Zellenelemente keine Zeit finden zu weiteren Veränderungen, als zu einer beträchtlichen Kompression. Nur bei einzelnen kleinen Zellenhaufen, welche derselben Widerstand zu leisten vermochten, beobachtet man die LELOIRschen „kavitären Umwandlungen“.

Auch die Veränderungen der Cutis sind bedeutende und erklären gewisse klinische Erscheinungen. Bis ins Unterhautzellgewebe sieht man

hier überall eine intensive Entzündung, welche sich hauptsächlich durch das Vorhandensein einer so großen Menge von Zellen auszeichnet, daß die Bindegewebsbündel durch dieselben beinahe vollständig verdeckt werden. Plasma- oder Mastzellen, sowie irgend welche andere pathologische Formen der Bindegewebszelle lassen sich keine entdecken. Die große Mehrzahl der Zellen zeigt die Form der Lymphocyten, unter welchen zahlreiche Spindeldellen vermischt vorkommen. Die Haarfollikel im oberen Drittel, sowie die Talgdrüsen sind beinahe vollständig verschwunden. Die Knäueldrüsen sind erhalten, aber von Wanderzellen eng umgeben. Im retikulären Derma und im Unterhautzellgewebe lassen sich keine Spuren von regressiven Erscheinungen nachweisen: die Zellen, die Bindegewebsbündel und, was am meisten auffällt, die elastischen Fasern sind erhalten. Im Papillarkörper hingegen fehlen die elastischen Fasern. Nur in den Schnitten, welche den zentralen Teilen der Efflorescenz entsprechen, sieht man Anfänge dieses regressiven Prozesses, welcher zur Bildung der Kruste beiträgt und zur Entstehung der Narbe führt. Hier sind nämlich die elastischen Fasern nicht nur rarefiziert oder verschwunden, sondern auch die Bindegewebsbündel sind blasser, rarefiziert und weniger leicht färbbar. Auch die zelligen Elemente lassen sich nicht so gut färben, stellenweise sind einige in Degeneration begriffen oder bereits in amorphe Granulationen verwandelt. Noch wichtiger sind die Gefäßveränderungen dieser entzündeten Cutis. Im oberflächlichen Gefäßnetz sind fast alle Spuren normaler Gefäße verwischt; stellenweise sind nur noch cystische Erweiterungen derselben mit veränderten, roten Blutkörperchen in ihren Lumina sichtbar. Man sieht auch sehr erweiterte, mit Blut ganz ausgefüllte kommunizierende Gefäße, welche in senkrechter Richtung die Cutis durchziehen und nach oben in einer Art von Ampulle endigen, an der sich keine Spur einer Gefäßstruktur erkennen läßt. In verschiedener Höhe der retikulären und papillären Cutis sieht man solche sackartige, stellenweise enorme Erweiterungen, deren Abhängigkeit von den Blutgefäßen nur an ihrem Gehalte an roten Blutkörperchen erkenntlich ist. Die Konturen dieser bluthaltigen Räume sind meist sehr scharf gezeichnet; in einzelnen Präparaten sind zwar die Wandungen stellenweise eingerissen, wodurch es zum Übertritt roter Blutkörperchen ins umliegende Gewebe kommt.

In Präparaten von einer Efflorescenz aus der Wangengegend, welche im Zentrum etwas deprimiert war und einen zentralen Fleck zeigte, sieht man dieselben fundamentalen Veränderungen mit dem Unterschiede, daß sie ein späteres Entwicklungsstadium darstellen und aus einer Gegend stammen, wo die anatomischen Verhältnisse etwas andere sind. Hier ist die Bläschendecke nicht mehr gespannt, sondern schlaff und wellenförmig; auch ist sie bedeutend verdünnt; Stachelzellen mit „kavitären Umwandlungen“

sind darin nur wenige vorhanden, dafür ist aber letztere vorgeschrittener. Die Bläschenhöhle wird auch hier von epithelialen Wänden durchzogen; diese sind aber viel dünner, und eine scharfe Teilung in genau abgegrenzte Abteilungen läßt sich nicht mehr erkennen. Der Inhalt ist weniger reich an Fibrin und Leukocyten und zeigt eine Umbildung und eine gleichmäßige körnige Masse; in einigen Schnitten lassen sich auch die Anfänge einer Kruste erkennen in Gestalt einer kleinen homogenen Masse. Auf dem Boden des Bläschens sieht man in ziemlich weiter Ausdehnung die in Neubildung begriffene Epidermis, welche stellenweise durch einen Haarfollikel unterbrochen ist, um welchen herum der Prozeß in vollem Gange ist. An der Peripherie des Bläschens ist derselbe noch nicht so fortgeschritten und es scheint, als ob er hier angefangen, nachdem er im Zentrum bereits seinen Höhepunkt erreicht hatte. In der Cutis sind dieselben intensiven Entzündungserscheinungen mit Dilatation und Thrombose der Gefäße zu sehen, dagegen keine nekrotische Prozesse der Zellen, wenn auch das Gewebe der Papillen bedeutend aufgelockert und rarefiziert und die epithelialen Scheiden der Follikel und Talgdrüsen infolge der entzündlichen Zellwanderung beinahe vollständig zerstört sind. Besser als im anderen Präparate erblickt man hier eigentliche interstitielle Hämorrhagien in den oberflächlichen Schichten der Cutis.

Das dritte Präparat stellt ein Bläschen aus der Ohrmuschel dar. Dasselbe ist noch größer als das vorhergehende und befindet sich in einer weiter vorgeschrittenen Periode der Involution mit jenen schweren Veränderungen, welche notwendig zur Bildung einer Narbe führen müssen. Nur noch an der Peripherie des Bläschens sieht man hier die Überreste eines eigentlichen Hohlraumes mit leuko-sero-fibrinösem Inhalte und ohne Fächerung. Im Zentrum hat sich bereits eine breite und dicke Kruste ausgebildet und zwar auf Kosten des sero-fibrinösen Inhalts und der Epidermisüberreste im Inneren des Bläschens. Mittelt geeigneter Färbemethoden läßt sich aber nachweisen, daß sie auch aus dem oberflächlichen Teile der papillären Cutis besteht. Die Papillen sehen nämlich wie durch einen nekrotischen Prozeß angefressen aus, welcher die Zellen und das Bindegewebe ergriffen hat. Beinahe im ganzen Umfange der papillären Cutis sind interstitielle Hämorrhagien zu sehen; zahlreiche rote Blutkörperchen breiten sich in weiten Flächen aus und zwischen die nekrotischen Gewebspartien hinein bis ins Innere des Bläschenraumes, wo sie sich verändern und in unregelmäßige gelbliche Massen verwandeln. Das elastische Netz ist eigentümlicherweise in diesen so veränderten Papillen erhalten nur zeigen seine Fasern einen merkwürdigen nicht mehr normalen steifen und geradlinigen Verlauf. Dieses Erhaltenbleiben der elastischen Fasern in einem so entzündeten Gewebe möchte ich besonders betonen, weil bereits DUBREUILH auf dieselbe Thatsache bei der *Acne necrotica*

hingewiesen hat, einer Affektion welche einige Ähnlichkeit hat mit der *Hydroa vacciniformis*.

Aus dem Vorhergehenden geht hervor, daß es sich bei der *Hydroa vacciniformis* von BAZIN um eine sehr schwere leuko-sero-fibrinöse Entzündung der ganzen Hautdicke handelt, welche zur Bildung eines Bläschens im Innern der Stachelschicht führt und zwar durch einfache Verdrängung ohne vorhergehende Degeneration der Zellen. Die Entzündung besteht in einer frühzeitigen und intensiven Dilatation und Thrombose der oberflächlichen Gefäße, zuweilen mit nachfolgender partieller Nekrose der Papillarschicht.

Die Annahme einer chemotaktischen Wirkung von Mikroorganismen zur Erklärung des Exudates ist unbegründet, weil sich weder bakteriologisch noch histologisch Bakterien nachweisen lassen. In Anbetracht des Umstandes, daß Zellenveränderungen in der Stachelschicht fehlen, darf auch nicht von dem Mitspielen einer toxischen Substanz gesprochen werden. Wir haben vielmehr gesehen, daß die Bläschen auf rein mechanischem Wege zustande kommen, indem die Epidermis dabei eine ganz passive Rolle spielt. Wir glauben auch nicht mit der Behauptung zu weit zu gehen, daß auch die nekrotischen Veränderungen der papillären Cutis die Folge mechanischer, speziell hydraulischer Störungen sind, indem es im oberflächlichen Gefäßnetze durch Uebertreten des Blutes in die dilatierten Gefäße und durch Extravasation derselben zu einem Stillstande der Cirkulation gekommen ist.

Vielleicht bildet diese Dilatation mit der darausfolgenden Stase den Hauptfaktor und den Ausgangspunkt des Prozesses; denn in allen, auch den kleinsten Bläschen sieht man durch die Decke hindurch jenen bläulichen Fleck, welcher noch besser auf photographischem Wege als durch direkte Besichtigung erkannt wird.

Es läßt sich wohl kaum läugnen, daß diese Gefäßdilatation unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen zustande kommt, welche die Hautregion, welche später erkranken soll direkt beeinflusst hat. Natürlich genügt nun aber diese Thatsache zur Erklärung der Pathogenese der Affektion keineswegs. Wie bei allen anderen angioneurotischen Affektionen, welche unter dem Einflusse äußerer Agentien entstehen, muß nach den Momenten geforscht werden, welchen jene krankhafte Empfindlichkeit der Gefäßwandungen zugeschrieben werden können. Hiebei läßt uns aber die Histologie im Stiche und bleibt es der Klinik vorbehalten nachzuweisen ob die primären angioneurotischen Bedingungen im Arthritismus (wie es BAZIN meinte) gelegen seien oder aber in etwas von demselben ganz Verschiedenem und Bestimmterem.

Litteratur.

1. BAZIN, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*. 1ère édit. Paris 1860.
 2. BAZIN, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*. Paris 1862.
 3. BAZIN, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*. 2me édit. Paris 1868.
 4. J. HUTCHINSON, A case of „summer eruption“ recurring with great severity for many years etc. *Clinical Society's transactions*. XXII. 1888.
 5. ALLAN JAMIESON, *The Lancet*. August 1888.
 6. HANDFORD, *Illustrated Medical News*. Oktober 1889.
 7. BERLINER, Über HUTCHINSONS „summer prurigo“ und „summer eruption“. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. 1891.
 8. BURL, Ein Fall von HUTCHINSONS „summer eruption“. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. 1891.
 9. T. BROES VAN DORT, Ein Fall von HUTCHINSONS eruptio aestivalis bullosa. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIV. 1892.
 10. H. G. BROOKE, *Brit. Journ. of Derm.* 1892.
 11. R. CROCKER, *Dis. of the skin*. 2. Auflage. 1893.
 12. BORCK, Vier Fälle von Hydroa vaccinif. (BAZIN), summer eruption (HUTCHINSON). *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXVI. 1. Heft.
 13. BROcq, De l'hydroa vaccinif. *Ann. de dermat. et de syph.* pag. 1003 u. 1133. 1894.
 14. J. C. BOWEN, Hydroa vaccinif. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* März 1894.
 15. R. CROCKER, *Brit. Journ. of Derm.* Oktober 1894.
 16. J. MOREIRA, Hydroa vaccinif. seu aestivalis. *Brit. journ. of dermat.* Juni 1895. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIII. pag. 245.
 17. JARISCH, Eruption d'été d'HUTCHINSON. *Ann. de dermat. et de syph.* 1894. pag. 404.
 18. J. E. GRAHAM, Hydroa aestivale. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIII. No. 1. 1896.
-

Versammlungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung den 11. Mai 1896.

Einen Fall von motorischer Aphasie im Frühstadium eines akuten Exanthems stellt BRASCH vor. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 34.) Das fast vierjährige Kind war mit Fieber und Bewußtlosigkeit erkrankt; zugleich war ein scharlachartiges Exanthem aufgetreten. Nachdem alle diese Erscheinungen zurückgegangen, konnte das Kind nicht sprechen, verstand aber alles, was man zu ihm sprach. In einigen Wochen kehrte das Sprechvermögen wieder vollkommen zurück. Während der Erkrankung bestand sonst keinerlei Lähmung und auch keine Albuminurie. Diese Erscheinung ist eine sehr seltene, ihre anatomische Grundlage schwer verständlich, da man eine Blutung bei fehlender Nephritis und dem Ausbleiben jeglicher sonstigen Lähmung nicht wahrscheinlich ist. Vielleicht handelt es sich um eine rein funktionelle Aphasie durch toxische Einflüsse.

Einen an Lues hereditaria tarda leidenden Patienten demonstriert LEVY-DORN. Der 30jährige Patient leidet an einer Paresis facio-brachialis dextra und psychischen Störungen in Gestalt von Gedächtnisschwäche, Erregungszuständen, erschwerter Sprache und erschwertem Schreiben. Die Paresis des rechten Arms ist größtenteils zurückgegangen; der linke Arm soll auch vorübergehend paretisch gewesen sein. Patient ist 1887 wegen eines Augenleidens mit einer Schmierkur behandelt. Es handelt sich um eine diffuse Rindenaffektion, wahrscheinlich auf luetischer Basis, obgleich keine Erscheinung überstandener Lues nachweisbar ist. Der Vater des Patienten hat vor der Heirat Lues acquirit, die Mutter war infiziert und leidet jetzt an Tabes dorsalis. Der Bruder ist seit der Kindheit mit einer Augenaffektion und Geschwüren behaftet. Auffallend ist die lange Latenz von 22 Jahren, das Fehlen von Kopfschmerzen und Krämpfen.

Auf eine Frage von G. LEWIN betont der Vortragende, daß die glatte Atrophie des Zungengrundes nicht nachweisbar ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 5. März 1896.

1. Chronische Cystitis mit konsekutiver excentrischer Hypertrophie und Insufficienz der Harnblase, von S. BAKÓ. Der 54jährige Patient machte in seiner Jugend eine Blennorrhoe durch, die alsbald heilte. Bis vor zehn Jahren soll Patient stets gesund gewesen sein, wo sich angeblich infolge einer Erkältung häufiger und schmerzhafter Harndrang einstellte, der sich allmählich auf verschiedene Behandlungen (interne Mittel, Blasenwuschungen) verlor. In späteren Jahren wurde eine Strikture bei ihm konstatiert, welche mit Verweilkatheter und Blasenwuschungen behandelt wurde. Vor zwei Jahren traten angeblich wieder nach Erkältung dieselben Erscheinungen auf, die nun bis heute mit wechselnder Intensität anhalten.

Die Untersuchung des Kranken ergab, daß in der Pars anterior gar keine krankhaften Veränderungen vorhanden sind, die untersuchende Sonde stößt erst im hinteren Teile der Harnröhre auf ein Hindernis, welches teils durch den Sphincterkrampf verursacht wird, teils in der Straffheit der Perinealfascien die Erklärung finden soll. Der allgemeine Zustand des Kranken ist trotz des langjährigen Leidens ein befriedigender, Fieber ist keines vorhanden. Die Prostata zeigt normalen Befund, die Blasenwandungen sind verdickt. Patient wurde mit Verweilkatheter und häufigen Blasenwuschungen behandelt, worauf die Erscheinungen so weit zurückgingen, daß der Harndrang beinahe ganz sistierte. Bei Untersuchung der Expulsionskraft der Harnblase zeigte sich, daß stets ein Residualharn von 200—300 g vorhanden ist.

B. glaubt annehmen zu müssen, daß der Kausalnexus in der Kongestion der Harnblase zu suchen ist, welche auf die Arteriosklerose der Gefäße zurückgeführt werden kann, andererseits auf die öfteren Erkältungen. Die Hypertrophie der Blasenwandung ist auf den jahrelang anhaltenden häufigen Harndrang und gesteigerte Arbeitsleistung der Blase zurückzuführen. Auf arteriosklerotische Basis beruhende chronische Cystitis kann auch ohne Prostatahypertrophie einhergehen, wie auch GURON mehrere derartige Fälle beobachtete.

FELEKI stimmt dem bei, daß in diesem Falle die Ätiologie der Cystitis mit Bestimmtheit nicht zu konstatieren ist, ist aber eher geneigt, die Cystitis auf eine instrumentelle Infektion zurückzuführen, wie sie leicht möglich durch Einführung des Verweilkatheters herbeigeführt werden konnte.

RÓNA kann nicht annehmen, daß eine Cystitis durch Erkältung entstehen kann. Was die Theorie der Prostatahypertrophie auf arteriosklerotischer Basis anbelangt,

sind die Beweise dafür nicht genügend ermittelt. Was den Sphinkterkrampf anbelangt, sind wir oft in der Lage, nicht nur mit weichen Kathetern nicht vordringen zu können, sondern selbst mit Metallkathetern nicht. In solchen Fällen empfiehlt er die Endoskopie dieser Partie, und wenn keine organische Veränderung zu finden ist, so kann man mit Ruhe welch' Instrument immer einführen.

BAKÓ kann zwar die alte Blennorrhoe als Ursache der jetzigen Affektion nicht ausschließen, in Anbetracht dessen aber, daß das Leiden plötzlich aufgetreten ist und die Blennorrhoe bereits vor 24 Jahren bestanden hat, ist er eher geneigt, eine Erkältung als Gelegenheitsursache anzunehmen. Was die GUYONSche Theorie anbelangt, ist dieselbe noch lange nicht widerlegt, denn thatsächlich werden in 50% der Prostatahypertrophien arteriosklerotische Erkrankungen der Gefäße vorgefunden.

2. Partielle Harnröhrenresektion wegen einer infolge von Blennorrhoe entstandenen Striktur, von S. BAKÓ. Der 45jährige Patient hatte vor 22 Jahren eine Blennorrhoe, nach fünf Jahren bemerkte er, daß ihm das Harnlassen erschwert ist, bis sich im Verlaufe von vier Jahren vollkommene Harnretention einstellte, auf Behandlung urinierte Patient wieder besser, bis er vor einigen Monaten wieder mit einer Harnretention ins Hospital befördert wurde. Im Verlaufe der Untersuchung wurden zwei Strikturen konstatiert, die eine im skrotalen Teile, die andere in der Perinealgegend, welch letztere die hochgradige war. Durch das temporäre Dilatationsverfahren wurde Patient gebessert entlassen mit der Weisung, sich häufig zum Bougieren einzustellen. Nachdem aber Patient dieser Verordnung nicht nachkam, stellte sich alsbald die hochgradige Verengung ein. Patient, der ein chronischer Säufer ist, bietet nicht die genügende Garantie, stets der Nachbehandlung nachzukommen, daher wurde bei ihm die Urethrotomia externa gemacht mit Resektion der strikturierten Partie, nachfolgender Naht und Liegenlassen eines Verweilkatheters. Der Verlauf war ein ganz normaler.

Der Patient bietet noch insofern ein Interesse, indem in der Nähe der strikturierten Stelle noch ein schiefverlaufender Strang verlief, welcher ebenfalls entfernt wurde. Man könnte annehmen, daß dieser dünne Strang eine Harnröhrenfalte bilden konnte, wahrscheinlicher aber ist es, daß derselbe ein artefizielles Produkt ist. Bei Einführung der Instrumente und bei der Harnverhaltung bildete derselbe kein Hindernis.

3. Ein Fall von Lupus erythematosus, von A. HAVAS. Der 25jährige Patient bemerkt seine Erkrankung seit drei Jahren, welche auf dem behaarten Kopfe, beiden Gesichtshälften und auf dem Nasenrücken lokalisiert ist und schuppende Kreis-segmente bildet. Die meisten Stellen des Gesichtes sind bereits vernarbt. Die Ausbreitung seines Leidens ist rapid vor sich gegangen. Der ziemlich robuste Patient zeigt gar keine Zeichen der Tuberkulose. Seine Mutter ist angeblich an Tuberkulose gestorben und so könnte man dieses mit einem gewissen Optimismus als ein in neuester Zeit ventiliertes ätiologisches Moment betrachten, welchem er aber nicht beipflichten kann. Was die Prognose quoad sanationem anbelangt, ist dieselbe nicht gut zu nennen, indem der Prozeß stets zur Narbenbildung führt, und in diesem speziellen Falle kommt dies noch mehr in Anbetracht, indem der starken Ausbreitung halber die kosmetische Seite noch mehr in den Vordergrund tritt.

SCHWIMMER war stets der Ansicht, daß diese Erkrankung zu den entzündlichen zu rechnen ist. In letzterer Zeit wurde er aber in dieser Auffassung etwas wankelmütig, seitdem er bei mehreren Individuen neben Lupus vulgaris-Formen auch den Lupus erythematosus gesehen hat. Instrukтив war in dieser Beziehung eine Frau seiner Abteilung, die auf einer Gesichtshälfte Lupus vulgaris, auf der anderen Lupus

erythematodes hatte. Er möchte zwar beide Formen nicht identifizieren, es scheint aber doch nicht unmöglich zu sein, daß beide zu einander in Beziehung stehen. Was die Therapie anbelangt, ist dieselbe umsonst, indem sich früher oder später ein Recidiv einstellt, und dies scheint auch dafür zu sprechen, daß wir es hier vielleicht mit einer bacillaren Erkrankung zu thun haben.

JUSTUS erinnert sich im Anschlusse daran, daß Prof. SCHWIMMER einen gewissen Nexus sucht zwischen Lupus vulgaris und erythematodes, eines Falles, der auf der Abteilung des Prof. SCHWIMMER lag und der ein Lupus erythematosus type asphyxique war. Der Fall bietet noch insoferne ein Interesse, indem derselbe Kranke auch Syringomyelie hatte. Man könnte in Zweifel ziehen die Identität dieser Erkrankung mit dem Lupus erythematodes.

RÓNA war noch nie in der Lage, an ein und demselben Individuum beide Formen zu beobachten. Was die Therapie anbelangt, kann man in manchen Fällen noch mit Acid. lacticum gute Resultate erzielen.

BASCH hatte Gelegenheit, Lupus erythematodes-Fälle längere Zeit hindurch zu beobachten, welche jeder Behandlung trotzend stets recidivierten. Der am 5. Dezember 1895 von SCHWIMMER in der dermatologischen Gesellschaft vorgestellte, durch Erysipel geheilte Fall von Lupus erythematodes kam bald darauf wieder mit einem ausbreiteten Recidiv in seine Behandlung.

HAVAS möchte den von SCHWIMMER vorher erwähnten Fall von Lupus erythematodes und Lupus vulgaris so deuten, daß sich der Lupus vulgaris in dem hyperämischen Anfangsstadium befunden hat und nicht als Lupus erythematosus zu bezeichnen ist.

4. Demonstration von Metallsonden, von S. BAKÓ. BAKÓ benutzt zur Entrierung und Erweiterung der Harnröhrenverengerungen, seitdem die Herstellung der französischen konischen Knopfsonden vervollkommen ist, zumeist letztere. Dieselben haben durch eine gewisse Steifheit des Stieles den Vorteil, daß wir einigermaßen die Führung des Instrumentes in der Hand haben. Es giebt aber Strikturen, hauptsächlich in der Pars bulbosa und membranacea, in denen wir oft in dem Stiele des Instrumentes keine Handhabe haben, hauptsächlich, wenn die Eingangspforte der Striktur eine derartige ist, wo sich die untere Wand der Harnröhre einstülpt und die obere Wand sehr rauh ist, in solchen Fällen dringt das Instrument schwer ein.

In solchen Fällen benutzt er eine Skala von Metallsonden nach französischem Muster, deren Ende ebenfalls konisch geknüpft ist, aber dem Falle entsprechend gebogen werden können. Es sind zwar biegsame Sonden längst im Gebrauche, seine Sonden haben aber über den französischen den Vorteil, daß sie trotz soliden Materiales auch dort verwendet werden können, wo mit ersteren kein Ziel mehr erreicht wird, andererseits die Dilatation der Striktur eine intensivere ist. Gute Dienste leistet das Instrument hauptsächlich dort, wo die Striktur mit einer Prostatahypertrophie kompliziert ist, indem wir das Ende des Instrumentes a la catheter condé biegen, welches die Besiegung dieses zweiten Hindernisses auch bedeutend erleichtert.

FELEKI giebt zwar zu, daß das Instrument den Vorteil hat, daß es biegsam ist, diese Idee ist zwar nicht neu, indem wir bereits biegbare Zinnsonden besitzen. Nur möchte er das knopfförmige Ende bemängeln, indem dasselbe gefährlich ist. In Fällen, wo wir mit sonst keinem Instrument durchdringen können, hält er fürs geeignetste das LEFORTSche Instrument.

RÓNA glaubt zwar, daß das Instrument in geübter Hand nicht gefährlich ist, es sollten aber unter 15 Charrière nur weiche Katheter benutzt werden.

HAVAS möchte die Benutzung derartig dünner Instrumente nicht empfehlen.

ALAPI empfiehlt dieses Instrument nur bei Fausse route.

RÓNA empfiehlt in solchen Fällen, wo die Auffindung der Strikturmündung mit der Sonde erschwert ist, vorangehende Untersuchung mit dem Endoskop.

SCHWIMMER ist der Ansicht, daß das Endoskop zur Diagnostizierung der Striktur nicht verwendet werden kann, und hauptsächlich in solchen Fällen, wo deren mehrere vorhanden sind.

BAKÓ bemerkt schliesslich, daß er diese Sonden nur dann benutzt, wenn er mit dem weichen Katheter nicht durchdringen kann.

5. Demonstration einer Elektrode zur Elektrisierung der Prostata, von POPPER. P. demonstriert eine Elektrode, mit welcher er die Prostata elektrisiert. Das Instrument besteht aus einem Kautschukisolator, welcher in den Mastdarm eingeführt wird; der Kautschuk ist fingerdick, konisch, und auf der der Prostata zugekehrten Seite mit einer Metallplatte versehen. Zur Dirigierung dieser Elektrode dient ein Holzstiel, welcher mit derselben einen rechten Winkel bildet. Am Ende des Stieles sind die verbindenden Schrauben angebracht, durch den Stiel gehen die Drähte. Die andere (+) Elektrode wird in der Gegend der entleerten Blase plaziert. In dieser Situation exprimiert der faradische Strom die chronisch entzündete Prostata, und durch deren Zusammenziehung werden selbst die kleinsten Ausführungsgänge von ihrem Sekrete befreit. Einen Hauptdienst leistet dieser Apparat in Fällen von Spermatorrhoe und Prostatorrhoe.

FELEKI macht die Bemerkung, daß weder die Idee, noch das Instrument neu sind, denn zur Prostataelektrisation dienende Sonden und Antrophore sind längst in Benutzung und sind auch längst der Vergessenheit übergeben worden. Er hat übrigens an Leichen Messungen angestellt, welche beweisen, daß der in den Mastdarm eingeführte Teil die obere Grenze der Prostata nicht erreichen kann, um so weniger die Samenbläschen.

POPPER kann noch einmal bestätigen, daß er mit seinem Instrument gute Resultate erreicht hat, welches er zunächst mit Krankenvorstellungen bekräftigen will. Die Messungen an der Leiche können nicht mit den Lebenden in Einklang gebracht werden. Er hat über 100 Fälle untersucht und konnte stets die Prostata abgrenzen. Überhaupt war die Intension der bisjetzigen Instrumente, nicht direkt auf die Muskulatur einwirken zu lassen, sondern es wurde die Reizung der Prostata indirekt durch Reizung des Nerven herbeigeführt, indem beide Elektroden auf das Kreuzbein gesetzt wurden und zumeist der galvanische Strom verwendet wird.

A. Aschner-Budapest.

VI. Kongress russischer Ärzte in Kiew.

Sektion für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

(Referent: J. GRÜNBERG-St. Petersburg.)

I. Sitzung vom 22. April 1896.

Die Sitzung wurde eröffnet durch eine Rede des Sektionsleiters, Prof. STUKOWENKOW, der als Ursache des regen Besuches des Kongresses die Stadt Kiew selbst sowohl als auch die Universität betrachtet, deren medizinische Fakultät so reich war an berühmten Männern während ihres 50jährigen Bestehens (PIROGOFF, KARAWAEW etc.). Den zahlreichen Besuch der Sektion für Hautkrankheiten erklärt Prof. STUKOWENKOW durch das Interesse, das in letzterer Zeit das Studium der Hautkrankheiten in seiner Wechselwirkung mit den anderen Gebieten der Medizin hervorruft.

Auf Vorschlag Prof. STUKOWENKOWS wurde als Ehrenpräses Prof. TARNOVSKY erwählt, der darauf die Anwesenden im Namen der Russ. Syphilidologischen Gesell-

schaft begrüßte, während Prof. STUKOWENKOW das Begrüßungstelegramm des Prof. POSPELOW aus Moskau verlas.

Während des zu haltenden Vortrages übergab Prof. TARNOVSKY das Präsidium an Prof. STUKOWENKOW.

1. TARNOVSKY: Über die Behandlung der Syphilis mittelst Blutserum.

Bis zur letzten Zeit bestand die Blutserumtherapie der Lues in Injektionen 1. des Blutserums gesunder Tiere — von Hunden (RICHT, HÉRICOURT, FEULARD), Kälbern (TOMMASOLI, KOLLMANN, MOZZA, ISTOMANOW), 2. des Serums kranker Menschen in gummösem und sekundärem (PELLIZZARI, WEWIOROWSKY) oder hereditärem Stadium (BONADUCE), 3. des Serums von Tieren, die mit Syphilis infiziert worden waren. Im allgemeinen hat die Syphilistherapie mittelst Serum vorläufig keine positiven Erfolge geliefert. Vortragender findet auf Grund seiner Untersuchungen von 1870 und 1886 bis 1887, daß die am meisten infekionsfähigen Tiere junge Füllen sind. Indem er zweien Füllen im Laufe eines halben Jahres und einem Füllen im Laufe von 11 Monaten syphilitisches Gift einimpfte, fand er zwar bei Lebzeiten des Tieres keine spezifischen Erscheinungen, dafür aber Granulationsinfektionen und Bindegewebsneubildung in den Lymphdrüsen, der Leber, dem Herzen u. s. w. Auf Grund dieser Befunde hält Autor die Füllen für infekionsfähig. Zu Untersuchungen waren drei Füllen gewählt worden, von denen zweien Syphilis mehrmals eingeimpft wurde, während das dritte als Kontrolltier unter gleichen Verhältnissen sich befand. Die Impfungen wurden ausgeführt 1. durch 5—7maliges Einlegen von Ausschnitten von Papeln in einen Hauteinschnitt bis zur Heilung dieser Hautwunde. Beim Abnehmen des Verbandes war die Watte mit Eiter durchtränkt. 2. durch Auflegen des Sekrets von nässenden Papeln und Primäraffekten auf eine durch mouche volante erzeugte Wundfläche; diese Impfung wurde neunmal bis zur Wundheilung ausgeführt; 3. durch subkutane Injektion des einer vegetierenden Pappel entnommenen Sekrets, das mit einer physiologischen Kochsalzlösung verdünnt, in einer Quantität von 2 g injiziert wurde. An der Injektionsstelle bildete sich ein Abscess. 4. durch subkutane Injektion einer Emulsion, bestehend aus einer nässenden Pappel, die im Porzellanmörser mit 2 g einer physiologischen NaCl-Lösung verrieben wurde. Jedesmal bildete sich an der Injektionsstelle ein Abscess. Das Serum wurde im Institut der experimentellen Medizin angefertigt. Autor hatte 6 Patienten in Beobachtung, die streng vor jeder Hg-Einwirkung bewahrt waren; von ihnen befanden sich 5 im kondylomatösen Stadium und einer im gummösen. Jedesmal werden 10—20 ccm injiziert. I bekam 485 ccm in 25 Inj., II 390 ccm in 20 Inj., III 455 ccm in 25 Inj., IV 380 ccm in 20 Inj., V 380 ccm in 20 Inj., VI 140 ccm in 8 Inj.

Auf Grund dieser Beobachtungen kam Autor zur Überzeugung, daß das Blutserum syphilitisierter Füllen keinen günstigen Einfluß auf die Syphilis kranker Menschen ausübe, weder im frühen noch im späten Stadium, und daher als Behandlungsmethode zu verwerfen sei. Ferner heben die Injektionen nicht nur nicht den Allgemeinzustand des Patienten, sondern wirken nicht einmal indifferent, da Autor bei den damit Behandelten Temperaturerhöhung, Eiweiß im Harn, Purpuraauftritt und Körpergewichtsabnahme konstatierte.

Zum Schluß übertrug T. die Theorie der Wirkung der Antitoxine, die mit dem Serum eingespritzt werden, auf das Quecksilber und sprach die Ansicht aus, daß dasselbe, ins Blut eingeführt, ähnlich den Antagonisten wirke, d. h. weder vernichtend noch neutralisierend auf das luetische Gift einwirke, sondern die Widerstandsfähigkeit des Patienten hebe. Zu diesem Zwecke begann er Hg (durch intramuskuläre Injektionen von Kalomel) gesunden Füllen einzuführen und mit dem Serum derselben

Patienten zu behandeln. Über die Resultate dieser Behandlung behält er sich weitere Mitteilungen vor.

In der darauffolgenden Diskussion, sprach NASTJUKOW die Ansicht aus, daß im Serum, das TARNOVSKY gebrauchte, zu wenig Antitoxine enthalten gewesen sein mögen, welchem Umstande auch der resultatlose Verlauf der Untersuchungen zugeschrieben werden könnte. Wenn man erst das Mikrobion der Lues auffinden und im Laboratorium genügende Mengen von Toxinen darstellen könnte, würde die Serumtherapie der Syphilis andere Resultate liefern.

TARNOVSKY erwiderte, daß wenn im Serum auch nur die minimalsten Mengen von Antitoxinen enthalten wären, so hätten sie doch irgend eine, sei es auch nur die geringste Wirkung, hervorbringen müssen.

BOROWSKY hatte das Serum einer gesunden Ziege und des vorher syphilitisierten Bockes angewandt und gar keine Wirkung konstatieren können; Eiweiß im Harn erschien nicht; Temperaturanstieg bis 38,5 war nur bei einem von 12 Patienten beobachtet worden. Bei 5 Syphilitikern verschwanden die äußeren Erscheinungen, auf Grund welchen Umstandes B. der Serumtherapie der Zukunft ein gutes Prognostikum stellt.

TARNOVSKY spricht die letztere Besserung dem Hg zu, das in den syphilitischen Abteilungen der Krankenhäuser in der Luft suspendiert ist; die betr. Patienten wären eben vor der Hg-Wirkung nicht genügend geschützt worden, was zur Reinheit derartigen Untersuchungen absolut notwendig ist.

SELENEW findet die Veränderungen in den Organen der syphilitisierten Füllen nicht analog den echt syphilitischen Affektionen. Er meint, daß die Serumtherapie solange keinen festen Boden haben werde, als man kein Tier findet, dem Syphilis eingepflegt werden könne.

Auch STUKOWENKOW schließt sich der Ansicht TARNOVSKYS in der Serumfrage an und verweist auf die Wirkungsfähigkeit des Hg auf die Syphilis, in welcher Form es auch dem Organismus eingeführt werde. Er verweist ferner auf die verschiedenen Anwendungsformen in der Frage der Serumtherapie, wobei er TOMMASOLIS erwähnt, der Syphilis zu behandeln versucht hat mit Injektionen der Milch und des Knochenmarkes von Syphilitikern.

2. A. G. LURJE: **Über die Wirkung von Pferdeserum bei subkutanen Injektionen auf die Zusammensetzung des Blutes der Syphilitiker.** Referent beschreibt die Veränderungen des Blutes und der Harnbestandteile (der Chloride, Phosphate, des Harnstoffes) bei Einwirkung von Pferdeserum auf die Syphilitiker. Die Untersuchungen, in 7 Fällen, wurden an Patienten im kondylomatösen Stadium ausgeführt. Im ganzen wurden

dem	I. Patienten	243 ccm	in 29 mal	in 48 Tagen,
"	II. "	241 "	" 29 "	" 48 "
"	III. "	165 "	" 20 "	" 39 "
"	IV. "	143 "	" 19 "	" 38 "
"	V. "	99 "	" 15 "	" 32 "
"	VI. "	70 "	" 12 "	" 28 "
"	VII. "	63 "	" 10 "	" 23 "

eingeführt. Ungeachtet der Injektionen des Serums treten dieselben Blutveränderungen, die die Syphilis stets hervorruft, im selben Maße auf, wie bei Kranken, die nicht mit Serum behandelt werden. Die Vermehrung des Harnstoffes, der Chloride und Phosphate bei den meisten Fällen bringt Autor in Abhängigkeit vom Zerfall der roten Blutkörperchen, wie es auch die Autoren thun, die früher diese Frage bearbeiteten. Die Hautsyphilide schwanden bei Anwendung des Pferdeserums nicht.

TARNOVSKY sieht in den Beobachtungen des Vortragenden einen objektiven Beweis für die Unwirksamkeit der Serumtherapie der Lues.

3. P. NICOLSKY: **Ein Fall von schwerer galoppierender Syphilis mit anhaltendem Fieber.** Patient, Jurist, 28 J. alt, infizierte sich mit Lues vor 2 Jahren und 2 Monaten. Die Anamnese ergibt hereditären Alkoholismus (zwei Großväter, Mutter und drei Tanten litten an Alkoholismus) und mehrmaliges lang anhaltendes Fieber des Patienten selbst vor seiner Syphilisinfection, Phagedänischer Schanker. Das erste Syphilid war ein eiteriges. Dann stetige Recidive, die nie vollständig schwanden, sondern nur unter der Hg-Einwirkung (die Hautsyphilide) und dem Jodgebrauch (die Erscheinungen seitens der Knochen) sich milderten. Besonders gut wirkte die Kur in Pjatigorsk. Milz und Leber sind vergrößert. Das Fieber ist täglich, von intermittierendem Typus, seit dem 16. Tage nach dem Primäraffekt, mit zwei Unterbrechungen (von 2 Wochen und 2 Monaten) und weicht nicht der Hg-Behandlung, nur wird es, allerdings für kurze Zeit, vom Jod günstig beeinflusst. Referent bringt das Fieber ausschließlich mit der Syphilis in Verbindung, indem er hauptsächlich Augenmerk auf die schwache Widerstandsfähigkeit der wärmeregulierenden Zentren lenkt, hervorgerufen durch die ererbte nervöse Anlage. Den schweren Verlauf der Krankheit erklärt er durch dieselbe herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Wärmeregulierer, die im Connex mit den anormalen chemischen Prozessen im Körper stehen müssen.

BASHENOW beschuldigt den Autor, die Jodbehandlung im vorliegenden Falle zu spät begonnen zu haben, da die gemischte Behandlung bei perniziöser Syphilis allgemein gelobt wird.

Vortragender weist den Vorwurf zurück, da in seinem Falle der Verlauf ein schwerer blieb, trotz lang andauernder Jodbehandlung.

SCHADEK schloß sich der Ansicht BASHENOWS an, indem er auf die günstige Wirkung des Kaliumjodats auf das syphilitische Fieber hinwies.

SELENOW stimmt mit den Ursachen des Ref. nicht überein, da ja schon durch die Anamnese Gründe für einen schweren Syphilisverlauf gegeben sind; der hereditäre Alkoholismus, der ja nicht nur Veränderungen im Gehirn, sondern auch in den anderen Geweben hervorruft, und das vor der Syphilisinfection andauernde Fieber, vielleicht infektiösen Charakters (Tuberkulose, Malaria?). Die letzteren sind durch das negative Resultat der Plasmodiaaufsuchung im Blut (nur einmal ausgeführt) und der Bacillen im Sputum nicht als genügend begründet auszuschließen. Die relative Unwirksamkeit des Jod spricht ferner gegen den syphilitischen Charakter des Fiebers. S. führt seinen von ihm beschriebenen Fall an, wo ein gummöses Syphilid mit Malaria mit monatlichen Fieberanfällen mittelst Injektion von Hg-benzoicum geheilt wurde, welches, auf die Syphilis wirkend, dem Kranken half, die Malaria zu überwinden.

NICOLSKY wies auf das negative Resultat der Untersuchungen des Blutes und Sputums, auf die gesunde nicht sumpfige Gegend hin, in der Patient gelebt hat, und glaubt, eine latente Tuberkulose (die 2 Jahre lang latent sein sollte) ausschließen zu können.

Auf das Bedauern, das DUBROWO ausdrückt, daß Patient nicht genügend auf sein Nervensystem untersucht worden sei, vielleicht könnte etwaige Hysterie oder andere nervöse Erkrankungen andere Anhaltspunkte gewähren, erwiderte NICOLSKY, daß außer einiger Erhöhung der Schmerzempfindung und der Sehnenreflexe nichts konstatiert werden konnte.

TARNOVSKY fragte nach der Dauer des Primäraffekts, ob ferner das Frauenzimmer untersucht worden sei, von dem Patient sich infiziert hatte, und ob wirklich gleichzeitig Papeln und Tuberkel aufgetreten seien.

NICOLSKY teilte mit, daß das primäre Stadium 3 Wochen gedauert habe, das betreffende Frauenzimmer unbekannt geblieben sei und gleichzeitig Papeln und Tuberkel vorhanden gewesen seien.

TARNOVSKY meint, daß der referierte Fall für das Vorhandensein eines andauernden syphilitischen Fiebers spreche und empfiehlt in solchen Fällen außer Jod einen Aufenthalt in warmem, milden Klima, etwa in Kairo.

4. W. MIRONOWICZ: Zur Frage der Hg-Ausscheidung durch den Schweiß. Autor wiederholt das von ihm schon im Jahre 1894 (*Medic. Rundschau*. No. 12. 1894) auf Grund seiner 13 Beobachtungen, in denen das Hg im Schweiß nachgewiesen werden konnte, bereits gesagte.

5. O. NICOLSKY: Zur Frage des Kampfes mit der Syphilis. Autor berührt die Frage über die Spezialärzte auf dem Lande und drückt seine Unzufriedenheit darüber aus, daß dieser Spezialität in der Gesellschaft so wenig Beachtung geschenkt werde. Als Mittel im Kampf mit der Syphilis schlägt er vor, daß die Landschaften Spezialärzte engagieren sollen.

Während KOROWKO meint, daß Spezialärzte kein Vertrauen der Bauern genießen dürften, da die letzteren ihre Syphilis zu verheimlichen streben, schlägt SUKATSCHEW vor, den Bildungsgrad des Volkes zu heben und SELENOW meint, daß die Vorbereitung der Studenten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und der Syphilidologie, denen in Kiew 5 Stunden wöchentlich zuerteilt werden, vollkommen ungenügend sei.

STUKOWENKOW und TARNOVSKY schlossen sich diesen Ansichten an und behaupten, daß zum erfolgreichen Kampfe mit der Syphilis auf dem Lande eine Spezialisierung der Ärzte für Syphilis und Hautkrankheiten einerseits und andererseits ein Heben des Bildungsgrades des Volkes wesentlich bedingt sei.

II. Sitzung vom 24. April 1896.

1. SEMENOW: Zur Pathologie des multiplen idiopathischen Pigmentsarkoms der Haut. Nach einem kurzen Abriss über den heutigen Stand der Frage auf Grund der ausländischen (KAPOSI, PRINGLE, GILBERT, HAVAS, KOEBNER, SPIEGLER, PERRIN, UNNA) und der russischen (STUKOWENKOW) Litteratur, teilte Ref. drei Fälle mit, die er in der Klinik STUKOWENKOWS Gelegenheit hatte zu beobachten.

Das Interesse des ersten Falles (von STUKOWENKOW sub No. 5 auf dem V. Kongresse russischer Ärzte referiert) besteht im glücklichen Ausgang desselben bei innerer Behandlung mittelst Liq. arsenic. Fowleri, Druckverband und Massage der Knoten, hauptsächlich durch das überstandene schwere Erysipel. Die Knoten aus der Hüfte, den Glutaeis, dem Vorderarm, der Schulter, dem linken Nasenflügel und dem linken Ohrfläppchen waren kleiner geworden, die Infiltration an der Nasenwurzel war ganz verschwunden; es blieb nur zurück: die livide Färbung an den Zehen des rechten Fußes und dem äußeren Rande der linken Sohle, sowie einige kaum bemerkbare Infiltrationen auf der dorsalen Fläche der linken Finger.

Der zweite Fall, der im Laufe eines Tages letal verlief durch Komplikation einer beiderseitigen Pleuritis mit krupöser linksseitiger Pneumonie (10/I. = Temp. 41,2°, Dämpfung in der linken Lunge, Krepitation, Cyanose, schwache Herzthätigkeit, Delirien; 11/I. exitus letalis um 10 Uhr abends) war histologisch untersucht worden.

Hautknoten: Hypertrophie des str. corneum und des rete Malpighi; tiefes Eindringen desselben zwischen den Hautpapillen, Wanderzellen in der Tiefe der Epitheldecke; in der papillaren und subpapillaren Schicht eine Verbreiterung und Ver-

mehring der kapillaren Gefäße, eine Wandverdickung und Aufquellung der Kerne im Endothel der Arterien, Anhäufung kleiner runder und eiförmiger Granulationszellen mit geringem durchscheinenden Protoplasma und großen runden und stabförmigen Kernen in der Längsachse der Gefäße. Von diesen Zellnestern gehen Zellenausläufer zur Papillenschicht und zum Unterhautzellgewebe. In demselben und um die Schweißdrüsen herum findet sich auch eine Anhäufung von Zellen. Verbreiterung der Lymphlücken zwischen den Bindegewebsfasern. Frische Blutaustritte und Haufen von körnigem, gelblichbraunen Pigment um die verbreiterten Gefäße, besonders an der Grenze der eigentlichen Haut und dem Unterhautzellgewebe.

Leberknoten: Verbreiterte und verzweigte Kapillargefäße; die Gefäße selbst und das sie umgebende Gewebe sind vollgepfropft mit roten Blutkörperchen; stellenweise Anhäufung von Gallenpigment.

Knoten des Intestinaltrakts: Verbreiterung und Verzweigung der Gefäße, Blutaustritte. In den intervertebralen nervösen Ganglien und den Vorderhörnern eine Pigmentanhäufung in den Zellen, Verbreiterung der Gefäße und Verdickung ihrer Wände.

Auf Grund der Krankheitssymptome (der zuweilen vorhergehenden Kopfschmerzen und Kopfschwindel, der starken Neuralgien beim Eintritt der äußeren Erscheinungen, des Juckreizes, der nervösen Ödeme, der Anlage zur symmetrischen Ausbreitung hyperämischer Erscheinungen, der Störungen in der Funktion der Sekretionsorgane, Abweichungen in der Schmerzempfindung und der elektrischen Erregbarkeit) und der histopathologischen Erscheinungen der inneren Organe kommt Autor zum Schluss, daß das Sarcoma pigmentodes idiopathicum multiplex cutis KAPOSÍ ein nervöses Leiden sei, bedingt, aller Wahrscheinlichkeit nach, durch eine paralytische Gefäßnekrose.

Zum Schluss führte Vortragender den Fall an, den STUKOWENKOW als Sarkom KAPOSÍ ansprach, während SIKORSKY einige Zeit vorher Erythromelalgie diagnostiziert hatte, und lenkte die Aufmerksamkeit besonders auf die Ähnlichkeit der äußeren Anzeichen und der Anfangserscheinungen.

In der Diskussion wies STUKOWENKOW darauf hin, daß im Beginn der Erkrankung von ihm inkonstante Ödeme und nicht Knotenbildung beobachtet worden seien, wie früher, und daß Ref. ein neues klinisches Faktum feststellt: nervöse Störungen, die den Erscheinungen an der Haut vorhergehen. Auch PETERSEN macht auf den neuen Gesichtspunkt aufmerksam, den Ref. in Hinsicht auf die Ätiologie der Erkrankung aufstellt.

TARNOVSKY sah in einigen Fällen von Sarkom, die von TRAPESNIKOW beschrieben wurden, Heilung unter dem Einfluß von Arsenik, worauf SEMENOW erwidert, daß diese Form der Erkrankung nach KAPOSÍ der Behandlung mit Arsenik nicht weiche, und daß, um eine vollständige Genesung zu behaupten, eine langdauernde Beobachtung des Patienten stattfinden müsse. STUKOWENKOW fügte noch hinzu, daß nach KAPOSÍ der Krankheitsprozeß stets von der Hand oder dem Fuß aus den Anfang nehme und dem Arsenik nicht weiche, im Falle TRAPESNIKOWS aber, der früher noch von WULFF beschrieben worden sei, hätte die Krankheit von der Schulter aus ihren Anfang genommen, daher denn der Fall auch nicht für beweisend gelten könne.

TARNOVSKY erwiderte, daß bei allen Patienten der Prozeß von den Händen aus begonnen habe.

2. M. P. MANASSEIN: **Zur Frage über die Durchlässigkeit der Haut.** Vortragender beendete seine Mitteilungen über obige Frage auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen, wozu er Hautstücke sowohl von Menschen als von Tieren nahm. Die Mitteilung wurde vervollständigt durch Vorzeigung von Mikrophotogrammen. Folgende Schlüsse: 1. Die lebende unverletzte Haut der Warmblüter ist

undurchlässig für Salben bei der gewöhnlichen Methode der Einreibungen. 2. Die Salbe dringt verschieden tief in die Haarbälge ein.

In der Diskussion weist SELENOW auf die Behandlung der Syphilis nach der Methode WELANDERS hin, nach der die graue Salbe nur auf die Haut gebracht, nicht aber in die Haut eingerieben wird, und günstige Resultate bietet. Das bestätigt die Ansicht des Referenten, daß bei der Quecksilbereinreibung das Metall in den Organismus nicht durch die Haut, sondern die Athmungsorgane tritt.

3. O. PETERSEN: **Über die Affektionen des Rachens bei Syphilis.** Von der Absicht ausgehend, die Häufigkeit und die Formen der Rachenaaffektionen bei Syphilis festzustellen, untersuchte Autor 150 Syphilitiker (Männer); von denen bei 64 Syphilis recens, 74 Syphilis recidiva und 12 Syphilis tarda konstatiert worden war. Das syphilitische Erythema war bei recenter Syphilis in 32,8%, bei recidiver in 31,4% festzustellen, also fast in gleichem Prozentsatz, während Papeln bei frischer Syphilis in 7,8% und bei recidiver in 29,7% beobachtet werden, also bei letzterer Form viermal häufiger als bei frischer.

Infolge der gleichen Häufigkeit des Erythems des Rachens bei frischer sowohl, als auch bei recidiver Lues, hält Autor dasselbe für nicht spezifisch, obgleich er zugeibt, daß weitere Nachforschungen die Richtigkeit seiner Ansicht entweder bestätigen oder umstoßen könnten.

4. A. LINDSTRÖM: **Zur Frage über das Epithelioma contagiosum.** Vortragender teilte einen solchen Fall aus der Klinik STUKOWENKOWS mit, zugleich mit den Resultaten der mikroskopischen Untersuchungen, die aber nichts neues ergaben; die parasitäre Herkunft des Prozesses blieb auch unaufgeklärt.

5. P. NICOLSKY: **Pemphigus foliaceus (CAZENAVE).** N. wiederholte seine Meinung über diese so seltene Hauterkrankung, die er schon früher (V. Kongress russischer Ärzte) ausgesprochen. In einem einzigen derartigen Falle, der ihm zudem erst nach mehr als zweijähriger Dauer des Prozesses zu Gesicht gekommen, und der mit starkem Juckreiz kompliziert war, fand er an wenigen Stellen, die augenscheinlich von den Blasen unberührt geblieben waren, eine Verbindung zwischen dem Stratum corneum und granulosum, welchem Umstande er eine ganz besondere Bedeutung zuschreiben zu müssen glaubte, wobei er sich zugleich die Priorität dieses Fundes zuschrieb. Vortragender behauptet seine Ansicht auch an dieser Stelle und schlägt die Benennung: Keratolysis universalis für diesen Prozess vor.

6. W. MIRONOWICZ: **Die Methode der subkutanen Einführung von Quecksilber bei der Behandlung mittelst Schwefelwannen in Ptjatigorsk.** Redner weist auf die geringe Wirkung der Friktionen in den Badeorten hin. Ungeachtet der großen Mengen von Ungt. ciner. (1—2—6—15,0 Sgl.) ist die Heilwirkung und die Quantität des Hg im Harn nur eine geringe. Kondylomatöse Syphilide verschwinden erst nach 20—40, gummöse nach 35—50 Friktionen. M. stellt das dem starken Schwitzen der Patienten auf Rechnung, wodurch das Hg aus den Hautdrüsen, seiner Meinung nach, herausgedrückt werde und nicht ins Blut treten könne.

Er empfiehlt, in den Badeorten Injektionen vorzuziehen, da wir durch dieselben es in der Hand haben, die nötige Quantität des Heilmittels dem Blut einzuverleiben und schnelleren Erfolg zu erzielen.

PREISS spricht in der Diskussion seine Meinung aus, wonach nach seinen neunjährigen Erfahrungen die Friktionen mittelst grauer Salbe einen viel schnelleren und besseren Erfolg erzielen, als die Injektionen, besonders in schwereren Fällen.

BOROWSKY macht darauf aufmerksam, daß in den Resultaten des Ref. ein offener Widerspruch liege: wie allbekannt, verschwinden die kondylomatösen Erscheinungen stets nach 10—15 Friktionen, in den Fällen des Ref. aber bei günstigem Klima des Badeortes erst nach ca. 40 Friktionen. Ferner wäre aus den Mitteilungen MANASSEINS eben erst ersichtlich gewesen, daß bei den Einreibungen das Hg durch die Athmungsorgane in den Organismus tritt, und weniger durch die Haut.

DUBROWO fügte hinzu, daß im Kaukasus Formen von Lues, die bei uns von der Behandlung unberührt bleiben, dank dem Klima allein zu schwinden pflegen.

TARNOVSKY meint, daß gar kein Grund vorhanden sei, anzunehmen, daß bei stärkerem Schwitzen die Friktionen weniger gut einwirken, da Ref. keine vergleichenden Untersuchungen angeführt habe über die Wirkung der Friktionen bei niedriger und hoher Temperatur.

M. erwidert, daß er seine Schlüsse auf der großen Quecksilberquantität im Harn gründe.

III. Sitzung vom 25. April 1896.

Als Ehrenpräses fungiert Dr. KOPPEL.

1. W. KUDYSCH: **Zur Frage über die Ausscheidung des Hg durch den Harn bei interner Einführung desselben.** Redner beobachtete Quecksilberausscheidung durch den Harn während der Untersuchungen STUKOWENKOWS über die intravenösen Einspritzungen und kam zum Schluss, daß in diesen Fällen das Hg viel schneller und in größeren Mengen als bei subkutanen Injektionen ausgeschieden werde. Im Harn sei weder Eiweiß noch Zucker nachzuweisen gewesen.

2. KOPPEL: **Über die Verbreitung der Lepra und den Kampf mit ihr in den Baltischen Provinzen.** Nach dem Zeugnis verschiedener Autoren (WACHSMUT, BERGMANN, BELLEBERG, PAULSOHN, HELLAT, LOGK, PALLOP und ACKEL) die zwischen 1867—1895 die Zahl der Leprösen in den verschiedenen Gegenden Livlands sammelten, wuchs und wächst ihre Anzahl und erreicht im Augenblicke ca. 600. In Kurland fand HELLAT (1885—1886) 76, in Esthland 26 Lepröse.

Der Kampf mit der Lepra war von WAHL in Angriff genommen worden, der die Krankheit für infektiös hielt, und wird jetzt von DEHIO fortgesetzt. Er besteht in Gründung von Leprosorien, wie es im Mittelalter und noch jetzt in Norwegen geübt wird. Bis jetzt sind einige Asyle eröffnet: in der Nähe von Dorpat auf 20, am Pleskauer See auf 80 und bei Wladen auf 60 Betten. Vorläufig hatte privater Wohlthätigkeitssinn die Mittel zum Kampfe zu erbringen gesucht, als diese aber doch zu gering waren, übernahm der Landtag die Sorge um 300 Lepröse, die Leitung der schon bestehenden, als auch die Organisation neuer Leprosorien der Gesellschaft zum Kampf mit der Lepra überlassend, die im Jahre 1891 begründet wurde. In der Nähe von Riga ist ein solches Asyl auf 100 Betten, in Esthland soll eines auf 60 Betten erbaut werden und unlängst ist das erste Leprosorium in Kurland eröffnet worden. Das Dorpater Leprosorium dient den Studenten der Medizin zugleich als Lehrmaterial.

In der darauffolgenden Diskussion erkundigte sich TARNOVSKY über die Art der Behandlung im allgemeinen und ob Oleum chaulmoograe angewandt worden wäre. KOPPEL erwiderte, daß alle möglichen Behandlungsmethoden versucht worden seien, unter anderen auch Injektionen von Hydrarg. salicyl. subkutan und Thyreoidin. TARNOVSKY sah günstige Resultate bei großen Dosen von Oleum gynecardiae.

PETERSEN meinte, man müsse stets vorsichtig mit dem Feststellen der Genesung eines Leprösen sein, da die Lepra häufig Recidive böte. Er habe in Norwegen bei

KALORI einen Fall gesehen, der seit 2 Jahren keine Erscheinungen mehr dargeboten habe und dennoch scheute sich **KALORI** ihn vor Ablauf von 10 Jahren als gesund zu erklären.

TARNOVSKY führte einen Fall an, in dem die Heilung unter der Wirkung von Weinsäure eingetreten sei. Im Laufe von 2 Jahren wäre kein Recidiv aufgetreten. In Norwegen hatte er die Ansicht über günstige Einwirkung klimatischer Verhältnisse auf die Lepra aussprechen hören.

PETERSEN wies auf **HANSEN** hin, der Lepröse in Amerika bei Übergesiedelten konstatieren konnte.

STUKOWENKOW hatte auch in einem Falle von *Oleum chaulmoograe* günstigen Einfluß gesehen und fragte den Redner, welchem Umstande man eigentlich den Zuwachs der Krankenanzahl zuschreiben müsse; der Vermehrung von Kranken oder der besseren Kenntnis der Krankheit selbst und daher der besseren Diagnose?

KOPPEL hält die Verbreitung der Lepra in den baltischen Provinzen für zweifellos.

STUKOWENKOW fragte den Vortragenden nach seiner Ansicht über die Infektionsfähigkeit der Lepra, die **KOPPEL** bejaht, die Möglichkeit einer Vererbung aber strikt in Abrede stellt. Bei der Lepra tritt nämlich sexuelle Impotenz ein und bei Abwesenheit der Infektiosität müßte daher die Krankheit aussterben.

STUKOWENKOW hält es für unmöglich, auf Grund unserer heutigen Kenntnis die Infektionsfähigkeit der Lepra für erwiesen zu halten, und führt zwei Fälle an, einen aus Tscherkass (Kiewisches Gouvernement), den anderen aus Jelisawetgrad, in denen die Kranken nie in Berührung mit Leprösen gekommen wären. In Konstantinopel hatte er im Leprosorium **ZAMBACOS** viele Lepröse, die verheiratet waren und Kinder hätten, gesehen. In der Klinik **POLOTEBNOWS** hatte er Kranke gesehen, die lange Zeit Seite an Seite mit anderen gelegen hatten und nie hätte eine Infektion weder derselben noch des Wärter- oder ärztlichen Personals stattgefunden.

KOPPEL meinte, bei der Lepra sei die Inkubationsdauer eine sehr lange, auch wären die ersten Anfänge des Prozesses nicht diagnostizierbar. Für die Ansteckungsfähigkeit sprechen die Fälle der Verbreitung in der Familie der Kranken. Eine Erkrankung mag allerdings auch durch andere vorläufig noch unbekannte Umstände ermöglicht werden.

PETERSEN hält die Infektionsfähigkeit des Prozesses für erwiesen (Infektionsgranulom und **HANSENSCHE** Stäbchen) auf Grund der klinischen Eigentümlichkeiten der Krankheit und der stets wachsenden Zahl der Kranken nach den Untersuchungen von **WAHL** und **DEHIO**. Die Diagnose hält **P.** in der Mehrzahl der Fälle für leicht. Die Heredität soll nach den Untersuchungen der indischen Kommission gar keine Rolle in der Frage der Verbreitung der Lepra spielen, da die Zeugungsfähigkeit um 40–50% im Vergleich zu gesunden herabgesetzt ist. Endlich entwickelt sich die Krankheit bei gewissen Nahrungsverhältnissen der Bevölkerung und in verschiedenen Gegenden.

STUKOWENKOW kann sich der Meinung seines Vorredners nicht anschließen. Fehlerhafte Diagnosen sind sogar Leuten vorgekommen, die sich speziell mit dieser Frage beschäftigten, z. B. **POSPELOW** in Moskau. Die **HANSENSCHEN** Stäbchen lassen sich noch nicht als Krankheitserreger betrachten, da sie bei der anästhetischen Form fast ganz fehlen, und weder Kultur- noch Impfversuche mit ihnen gelangen. Die Infektionsfähigkeit muß erst durch bakteriologische und Impfversuche festgestellt werden. Ein vorschnelles Entscheiden auf Grund vager Vermutungen könne nur ein Hemmnis in der Lösung dieser Frage sein. Klimatische Verhältnisse hätten außerdem zweifellos einen Einfluß.

KOPPEL hält die HANSENSchen Stäbchen zwar für die wahrscheinlichen Krankheits-
erreger, kann aber nicht in Abrede stellen, daß bei der makulösen und anästhetischen
Form sie nicht gefunden werden.

MANASSEIN fragte, warum Vortragender der Todesfälle keine Erwähnung thut.

KOPPEL: Todesfälle wären in großer Anzahl vorgekommen.

STAVSKY wies auf das Vorkommen der Lepra im Gebiete des Don hin, wobei
auch er die Infektionsfähigkeit des Prozesses nicht konstatieren konnte.

3. LINDSTRÖM: **Über die pathologische Anatomie der Sklerodermie.** Autor
zeigte mikroskopische Präparate eines Hautstückchens vor, das er einer an Sklero-
dermie leidenden Frau von einer frischen Infiltrationsstelle entnommen hatte. Die
Untersuchung ergab nichts neues.

4. BOROWSKY: **Statistik der Verbreitung der Syphilis und der venerischen
Krankheiten in der Armee des Kiewschen Militärbezirks von 1889—1893 inkl.**
Ohne die betreffenden Zahlen anzuführen, sollen nur die Schlussworte des Autors an-
geführt werden, daß „die Soldaten hauptsächlich während ihrer Dienstzeit“ sich in-
fizieren. In die Heimat zurückkehrend, dienen sie solchergestalt als Infektionsträger
für ihre Familie, ihre Dörfer.

Aus der Sektion für Chirurgie.

SAPESCHKO: **Therapie des Lupus.** Vortragender demonstrierte einige Kranke,
bei denen er, des Lupus wegen, die affizierte Haut abtrug, aus der Haut der Stirn
die Nase konstruierte und die Transplantation nach THIERSCH vornahm. Diese Maß-
nahme empfiehlt er als Regel und negiert strikte jede „Pinseltherapie“, worunter er
alle anderen Behandlungsmethoden des Lupus versteht.

Aus der Sektion für Kinderheilkunde.

SCHMUCKLER: **Onanismus bei Kindern; seine Ursachen, Symptome, Folgen
und Therapie.** Nachdem er auf die Häufigkeit der Masturbation bei Kindern hin-
gewiesen (nach BERGER masturbieren von 100 Jünglingen und Mädchen 99), ging er
auf die Ursachen ein, als welche er aufgezählt: hereditär neuropathische Anlagen,
unzuverlässige Aufsicht, schlechte Erziehung, schlechtes Beispiel, die Mängel der
Schulhygiene. Außer dem moralischen und physischen spezifischen Habitus der
Masturbanten weist Autor noch auf folgende objektive Symptome hin: Fehlen des
Patellarreflexes nach RENZI, die schwache Reaktion der Kremaster, die Exulceration
frischer Wundnarben nach POULIER, der matte Zustand der Glans penis. Neurasthenie,
sexuelle Schwäche und perverses sexuelles Gefühl, als bekannte Folgen der Masturbation,
sind genügende Ursachen, um den Kampf gegen diese Leiden aufnehmen zu lassen.
Der Kampf ist durch Fortschaffen aller Ursachen zu führen: Hygiene in der Kinder-
erziehung, Wahl der Lektüre, Aufmerksamkeit bei etwaigen Leiden des Geschlechts-
apparates.

An der Diskussion beteiligten sich KULESCHOW, SHUKOVSKY u. a. und es wurde
festgestellt: 1. Masturbation wird nicht selten bei Brustkindern konstatiert (? Ref.).
2. Die Hälfte der Masturbanten befindet sich im Jünglingsalter. 3. Die durch Mastur-
bation hervorgerufenen Störungen des Nervensystems sind außerordentlich verschieden.
4. Im Kampf mit der Masturbation fällt eine große Rolle der Familie zu.

THERMIN wies auf den Nutzen hin, den Corsets haben sollen, indem sie die
Masturbation erschweren, resp. ganz verhindern sollen.

Aus der Sektion für Nerven- und Geisteskrankheiten.

SCHISH-Dorpat: Coitus reservatus als Ursache der Neurasthenie. Vortragender hat in 17 Fällen den Coitus reservatus als einzige, in 36 als eine von den Ursachen der Neurasthenie konstatieren können. Der ersten Gruppe teilt er besondere Wichtigkeit zu, zu der 11 Männer und 6 Frauen im Alter von 30—70 Jahren gehören; sie alle gehören dem intelligenten, gebildeten Stande an, sind nicht hereditär oder erworben beanlagt und bieten überhaupt keine Ätiologie für die Neurasthenie dar, an der sie leiden. Als Grund zum Coitus reservatus diene der Wunsch, keine Kinder zu haben, teilweise wegen ökonomischer Umstände, teilweise um die Gesundheit der Frauen zu schonen. In allen Fällen wurde ein derartiger Coitus länger als zwei Jahre hindurch ausgeführt, in 2 Fällen mehr als 10, in einem mehr als 20 Jahre. In einem Falle, in dem der Coitus solcherart mehr als 10 Jahre ausgeübt wurde, trat „unversehens“ Schwangerschaft ein und fühlte sich die Frau während der ganzen Schwangerschaft und die Zeit des Nährens hindurch sehr gut, später trat wieder der alte Zustand auf. Alle Kranken litten an der Neurasthenie II. Grades, in deren Krankheitsbilde zwei Symptome besonders hervortreten: das Angstgefühl und Herabsetzung des Interesses am Leben, Apathie.

Die Behandlung bestand im Rat, wenigstens sich zwei Monate lang von Geschlechtsbeziehungen zu enthalten, mit diätetischen Maßnahmen den sexuellen Trieb herabzudrücken und dann zweimal monatlich mit Hilfe des Condoms den Coitus auszuführen. Die Befolgung dieses Rates führte zur Hebung des Selbstbefindens, das, sobald der Patient sich der alten Gewohnheit wieder hingab, wieder schwand, um den alten neurasthenischen Symptomen Platz zu machen.

Zum Vergleich führte Vortragender auch die 36 Fälle der zweiten Gruppe an (27 Männer und 9 Weiber), bei denen die Neurasthenie sich auf Grund auch anderer ätiologischer Momente entwickelt hatte. Zum Unterschied von den Kranken der ersten Gruppe, die nie an Geschlechtskrankheiten gelitten hatten, hatten 6 Frauen von 9 daran gelitten und bei den Männern waltete bei der Mehrzahl sexuelle Schwäche ob, 19 hatten Blennorrhoe und Lues durchgemacht. Doch auch diese klagten über unbegreifliches Angstgefühl, so daß T. geneigt ist, das als ein pathognomisches Zeichen für Neurasthenie, hervorgerufen durch Coitus reservatus, zu halten. Unterbrechung der irregulären sexuellen Beziehungen rief auch hier Besserung des Zustandes hervor, während eine Menge früher angewandter Heilmittel resultatlos geblieben waren.

Wie der Coitus reservatus auf das Nervensystem wirkt, ist noch unbekannt und schwer zu bestimmen. Vielleicht ist die Dauer und Häufigkeit der geschlechtlichen Beziehungen, vielleicht die Spannung, die beim Manne nötig ist, von Wichtigkeit. Doch spricht gegen ersteres die Verschiedenheit der neurasthenischen Erscheinungen nach sexuellen Excessen und nach dem Coitus reservatus, gegen das zweite das Auftreten des Leidens bei Frauen. Jedenfalls ist der Coitus reservatus ein schädliches Moment für die Gesundheit.

An der Diskussion beteiligten sich unter anderen KORSAKOW, GREIDENBERG, SIKORSKY, BECHTEREW u. a. Im allgemeinen wurde dahin gesprochen, daß einerseits die Frage über den Coitus reservatus und seine Wirkung auf das Nervensystem zu wenig ausgearbeitet seien, andererseits das Symptom der Angst allen Formen der Neurasthenie soweit zukomme, daß man in ihm kein pathognomisches Zeichen für eine bestimmte Form dieses Leidens sehen könne. KORSAKOW sprach sich dahin aus, daß der Coitus mittelst Condom event. noch schlimmer sei als der Coitus reservatus.

BECHTEREW stellte nicht in Abrede, daß der Coitus reservatus zweifellos, wie jede andere Anormalität im Geschlechtsleben eine ungünstige Wirkung auf das

Nervensystem ausüben müsse, wobei auf den Mann die Wirkung schädlicher sei, als auf das Weib, weil ersterer eine aktivere Rolle im Coitus spielt, als das Weib — ob und inwiefern aber der Coitus reservatus eine Ätiologie für eine besondere Form der Neurasthenie abgebe — bleibt vorläufig unentschieden und bedarf noch eingehender Beobachtung in der Zukunft.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 37. Heft 1 und 2. 1896.

I. Über die Mannigfaltigkeit der Wachstumsformen („kultureller“ Pleomorphismus) der pathogenen Schimmelpilze, insbesondere des Pilzes des *Eccema marginatum*, von LUDWIG WAELSCH-Prag. Nach PICK ist das *Eccema marginatum* HEBRAE eine parasitäre Hautaffektion, welche die Symptome eines *Herpes tonsurans vesiculosus* mit jenen eines *Eccema intertrigo* kombiniert darbietet. Im Jahre 1889 gelang es KRÁL, den Pilz des *Eccema marginatum* rein darzustellen. Er züchtete aus drei Fällen drei verschiedene Pilze, von denen zwei grofse Ähnlichkeit miteinander aufwiesen.

Die Untersuchungen des Verfassers erstreckten sich auf zwei Fälle von typischem *Eccema-marginatum* an der linken Oberschenkelinnenfläche im Bereiche jener Hautpartie, welche zumeist mit dem Scrotum im Kontakt ist. In beiden Fällen gelang es nach der Methode von KRÁL durch Verreibung der Schuppen mit steriler Kieselgur schließlich einen Pilz in Reinkultur darzustellen, welcher mit dem dritten der von KRÁL gezüchteten Pilze vollständig übereinstimmte. Derselbe wurde nun auf verschiedene Nährböden übertragen und zwar auf Bouillon, Traubenzuckerbouillon, Milch, Gelatine, schräg erstarrtes menschliches und tierisches Blutserum, 2% Pepton-Glycerin- und Zucker-Agar, Blutserumagar, Kartoffeln, gelbe Rüben, Reis- und Reis-Weizenmehlscheiben (nach KRÁL), Dotter und Eiweifs. Die Kulturen wurden mit Ausnahme der auf Gelatine, welche bei Zimmertemperatur gehalten wurden, im Brutofen bei einer Temperatur von 37°—37.5° gezüchtet und zeigten hier sehr rasches Wachstum und charakteristisches Aussehen.

Im folgenden schildert der Verfasser sehr ausführlich das Bild der Kulturen auf den verschiedenen Nährböden. Dasselbe entsprach jedoch nur den ersten Generationen des *Eccema marginatum*-Pilzes. Bei weiteren Überimpfungen von den verschiedensten Nährböden und auf dieselben entwickelten sich vermöge der grofsen Variabilität der Wachstumsform dieses Pilzes ganz differente Kulturbilder.

Die Frage, ob dieser gefundene Pilz nur dem *Eccema marginatum* als Krankheitserreger spezifisch ist oder aber eine Varietät des Trichophyton darstellt, welches unter gewissen Umständen Modifikationen seiner Wachstumsform erfahren hat, beantwortet Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen an einem sehr ausgedehnten Falle von *Herpes tonsurans vesiculosus circinatus* dahin: „Ebenso wie das *Eccema marginatum* nach PICK ein *Herpes tonsurans vesiculosus* ist, modifiziert durch die Erscheinungen eines gleichzeitigen *Eccema intertrigo*, so wird auch vermutlich der die

Krankheit erregende Trichophytonpilz bei seinem Wachstum auf derart veränderter Haut modifiziert, so daß er ein von dem gewöhnlichen verschiedenes Wachstum zeigt.“

Worauf aber die Variabilität der Variation der Wachstumsform der Pilze beruht, vermochte Verfasser ebenso wenig, wie KRÁL, MARIANELLI, KRÖSING, SABOURAUD und andere Autoren nachzuweisen. Nicht unwahrscheinlich ist, daß die individuell verschiedene Durchfeuchtung und Einfettung der Haut, die ihrerseits wieder bedingt ist durch die verschieden starke Schweiß- und Talgsekretion, und noch andere Umstände als Ursachen in Betracht kommen. Verfasser konnte sich bei seinen Reinzüchtungen überzeugen, daß insbesondere wasserarme Nährböden geeignet waren, die charakteristische Wachstumsform der Pilze zu verändern. Auch hier können wieder Verschiedenheiten auftreten, je nachdem der Pilz einen höheren oder geringeren, ihm ursprünglich eigentümlichen Grad von Wachstumsbeständigkeit zeigt.

Eben dieser Wachstumsbeständigkeit ist es zuzuschreiben, wenn man im stande ist, aus klinisch gleichartigen, aber auch klinisch differenten Prozessen dieselbe Pilzvarietät zu züchten. Bei Erörterung der Frage, ob man berechtigt sei, auf Grund der künstlichen Züchtung der Pilze auf den verschiedenen Nährböden verschiedene Arten von Trichophytonpilzen aufzustellen, macht Verfasser zunächst darauf aufmerksam, daß SABOURAUD und auch KRÖSING die Begriffe „Art“ und „Varietät“ nicht streng auseinanderhalten. Um von verschiedenen Arten sprechen zu können, müsse man Konstanz des Vorkommens derselben Art bei klinisch gleichen Prozessen fordern, ferner müsse unter sonst gleichen Bedingungen aus den gleichartigen Krankheitsprodukten derselbe, in seinem Wachstum stets konstante Pilz gezüchtet und mit diesem Pilz stets dieselbe Krankheitsform und nicht auch etwa eine durch andere Pilzarten hervorgerufene erzeugt werden können. Diese Bedingungen träfen bei SABOURAUDS und KRÖSINGS Pilzformen nicht zu, weshalb diese Autoren auch nicht berechtigt wären, von verschiedenen Pilzarten zu reden. Sollen diese aber nur „Varietäten“ sein, so sei die von ihnen beobachtete Zahl viel zu gering, da man, wie KRÁL und der Verfasser sich überzeugt hätten, bei der künstlichen Züchtung durch Veränderung der saprophytischen Lebensbedingungen so viel Varietäten von Trichophytonpilzen erzielen könne, als man gerade wolle. Auch die Hauptbedingung für die Züchtung konstanter Wachstumsformen, nämlich die Verwendung chemisch konstanter Nährböden, sei von den erwähnten Autoren nicht erfüllt worden. Die Kartoffeln die KRÖSING empfohlen habe, seien wegen ihres wechselnden Wassergehaltes und wegen ihrer variablen Menge an Trockensubstanz als ein solch chemisch konstanter Nährboden nicht zu bezeichnen. SABOURAUD habe überdies bei seinen Untersuchungen nicht völlig einwandfreie Kulturen verwendet, da dieselben nicht aus einer Spore ausgewachsen seien. Endlich sei seine Einteilung der Trichophytonpilze in solche mit großen und kleinen Sporen unberechtigt, da man oft an verschiedenen Haaren derselben Trichophytosis-Erkrankung verschieden große Sporen finden könne und die Größe derselben nach dem Alter der Kulturen und nach dem Nährboden, auf dem sie gezüchtet würden, wechsele, ja sogar innerhalb desselben Rasens großen Schwankungen unterworfen sei.

Die Ergebnisse der SABOURAUDSchen Untersuchungen seien aus allen diesen Gründen fragwürdige und mit aller Reserve aufzunehmen. Aus denselben Gründen sei man zur Zeit nicht in der Lage, die Multiplicität des Trichophyton anzuerkennen.

II. Beitrag zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus, von FRANZ KOCH.
Der Verfasser beschreibt zunächst einen jener selten beobachteten, von KAPOSZ zuerst beschriebenen Fälle von perniciosöm, exanthematischem Lupus erythematosus.

Die 18jährige Frau giebt an, seit 14 Tagen an Obstipation, abendlichen Schüttelfrösten, Kopfschmerz, allgemeinem Übelbefinden und an einem Ausschlage im Gesicht und an beiden Handrücken zu leiden.

Bei der Inspektion fand sich im Gesicht „eine vom Nasenrücken aus sich flügel förmig und in völlig symmetrischer Weise über den größten Teil der Wangen erstreckende, ziemlich derb infiltrierte, flach scheibenförmige, violettrote und mit scharfen Rändern gegen die umgebende gesunde Haut sich absetzende Hautstelle von ausgesprochener Schmetterlingsform, welche spontan, besonders aber auf Berührung, ziemlich schmerzhaft war. Ferner zeigten sich auf beiden Handrücken zahlreiche linsen- bis zehnpfennigstückgroße, teils rein erythematöse, größtenteils aber derb infiltrierte dunkelblaurote bis blaue, vielfach mit fest anhaftenden Schuppen bedeckte, an einzelnen Stellen, so an den dorsalen Flächen der ersten Phalangen fast sämtlicher Finger, zu größeren Plaques konfluente und hier mit Krusten versehene Effloreszenzen, welche an Zahl und Größe sowohl nach den Fingerspitzen, wie im unteren Drittel der Unterarme allmählich abnahmen. Zwischen diesen derben Effloreszenzen war eine diffuse dunkle Rötung ausgebreitet, mit welcher eine beträchtliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider Hände einhergingen“.

Die Diagnose wurde vom Verfasser auf akuten, disseminierten Lupus erythematosus gestellt. Da die Kranke fieberte und die Prognose sehr ernst war, ließ Verfasser die Patientin ins Moabiter Krankenhaus aufnehmen. Im weiteren Verlaufe kam es zur Entwicklung teils rein erythematöser, teils derb infiltrierter, schmerzhafter dunkelbraunroter bis blauroter Effloreszenzen resp. Knötchen an beiden Fußrücken, ferner zur Entstehung gelbbrauner, leicht schuppender, erythematöser Stellen auf der linken Mamma und zu einem Schub dunkelroter erythematöser, teilweise annulärer Effloreszenzen auf beiden Handrücken, die an Erythema multiforme lebhaft erinnerten. Auch im harten Gaumen, im Rachen und im Larynx zeigten sich zahlreiche linsen- bis fünf pfennigstückgroße Effloreszenzen. Nach einigen fieberfreien Tagen der Patientin trat eine erhebliche Verschlimmerung des Zustandes ein. Das Gesicht war gedunsen und entstellte und zeigte durch periphere Ausdehnung und Konfluenz der Plaques das für die akuten Formen des Lupus erythematosus charakteristische, von KAPOSI mit „Erysipelas perstans faciei“ bezeichnete Aussehen. Die Schleimhäute waren serös durchtränkt, geschwollen und beim Schlucken schmerzhaft. Die Patientin fieberte stark. Später kam es an den affizierten Stellen zur Blasen- und Geschwürsbildung. Nach 25 tägigem Aufenthalt im Krankenhause und 6 Wochen seit Beginn der Krankheit starb die Patientin in komatösem Zustande.

Die Sektion ergab nirgends eine Spur von Tuberkulose. Die Diagnose lautete Dermatitis papulo-ulcerosa mit zahlreichen Geschwüren im Pharynx, Larynx, Trachea und der Vagina, Bronchopneumonie, Milzschwellung, Verfettung der Nieren, der Leber, des Herzens etc.

Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung excidierter Hautstückchen gelangt der Verfasser zu dem Schlusse, „dafs es sich bei der in Rede stehenden Erkrankung um einen, wahrscheinlich durch die Gefäße vermittelten, entzündlichen Prozeß handle, der zu teils diffuser, teils herdweiser Infiltration und zu starker ödematöser Durchtränkung der Gewebe führt und mit Schwund des Epithels und Papillarkörpers und narbiger Atrophie der Cutis endigt“.

Unter sehr eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur bespricht der Verfasser die Differentialdiagnose der Krankheit.

III. Untersuchungen über das Mikrosporon furfur, von TH. SPIETSCHKA.
Nach einem kurzen Überblick über die sehr spärliche diesbezügliche Litteratur

beschreibt der Verfasser ausführlich den Gang seiner Untersuchungen, deren Hauptergebnis ist, daß es *S. gelang*, aus den Schuppen der *Mykosis versicolor* einen Pilz zu züchten. Über diesen berichtet der Verfasser folgendes:

1. „Aus 12 verschiedenen Fällen von *Pityriasis versicolor*, welche zu Kulturversuchen verwendet wurden, wurde ein und derselbe Fadenpilz erhalten.

2. Dieser Pilz differenziert sich durch seine kulturellen Eigenschaften sehr wohl von den anderen pathogenen Fadenpilzen und nicht pathogenen Schimmelpilzen.

3. Bei äußerst zahlreichen Kulturversuchen, welche mit Hautschuppen von den verschiedensten Erkrankungen als *Herpes tonsurans*, *Eccema marginatum*, *Favus*, *Pityriasis rosea*, *Psoriasis* und anderen vorgenommen wurden, wurde dieser Pilz niemals gefunden.

4. Es gelingt durch Überimpfung von Reinkulturen dieses Pilzes auf den Menschen, eine Erkrankung der Haut zu erzeugen, welche in der Bildung brauner Flecken ohne Entzündungserscheinungen besteht und mit lebhafter Abschuppung einhergeht.

5. In diesen künstlich erzeugten Schuppen läßt sich das *Mikrosporon furfur* in seiner typischen Anordnung nachweisen und aus denselben Schuppen wieder der Pilz mit den oben beschriebenen Eigenschaften züchten.

6. Demnach ist der vom Verfasser reingezüchtete Pilz als Erreger der *Pityriasis versicolor* zu betrachten.“

IV. Klinische Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis, von E. WELANDER. Seitdem E. WAGNER im Jahre 1880 seine Arbeit über Nierensyphilis veröffentlicht hat, sind zahlreiche Beschreibungen einzelner Fälle von Nierensyphilis und Zusammenstellungen solcher Fälle erschienen. Nach diesen Beschreibungen kann Albuminurie in allen Stadien der Syphilis auftreten, die Nierensyphilis alle die bekannten Formen von Nierenleiden annehmen; außerdem können rein spezifische, syphilitische Veränderungen (*Gummata*) in den Nieren entstehen. Diese Publikationen lassen jedoch namentlich in den kasuistischen Beiträgen mehr oder weniger den strikten Beweis vermissen, daß es sich in ihren Fällen wirklich um eine durch Syphilis und nicht um eine durch eine andere Ursache hervorgerufene Nierenaffektion handelte. Verfasser zeigt in sehr klarer und instruktiver Weise, welche Fehlerquellen bei der Diagnose unterlaufen können; wie schon die Feststellung, ob eine Albuminurie von den Nieren oder von der Blase, der Urethra herrührt, Schwierigkeiten bereiten könne. Auch die Frage, wann man eine Albuminurie für pathologisch anzusehen habe, sei zweifelhaft, je nachdem man sich einer mehr oder weniger empfindlichen Methode der Eiweißreaktion bediene. Die viel empfindlichere Trichloressigsäure beispielsweise könne weit geringere Spuren von Eiweiß im Urin nachweisen, als die Salpetersäure. In der Regel kann man nach dem Vorschlage des Verfassers annehmen, daß, wenn die Salpetersäure in 2–3 Minuten keine deutliche Reaktion giebt, keine nennenswerte pathologische Veränderung in den Nieren vorliegt. Verfasser hat bei seinen Untersuchungen die Salpetersäure, und nur dann, wenn der Harn auf Cylinder untersucht wurde, auch Trichloressigsäure angewandt. Er hält es, was viele Autoren außer Acht gelassen, für die Diagnose einer Albuminuria syphilitica für außerordentlich wichtig zu wissen, wie lange der Patient Syphilis, wie lange er sein Nierenleiden gehabt habe, und ob das letztere aufgetreten, nachdem die Syphilis erworben worden sei.

Verfasser war bemüht, bei seinen Untersuchungen, die er teils am Krankmaterial des St. Göran-Hospitals, teils an Patienten aus seiner Privatpraxis angestellt hat, alle Fehlerquellen thunlichst zu vermeiden. Er giebt zunächst eine Übersicht über die Anzahl der untersuchten Fälle, ferner über diejenigen, bei denen Albuminurie

gefunden wurde, jedoch Syphilis als Ursache mit der grössten Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte, und will nachher die übrigen Fälle übersichtlich zusammenstellen, bei denen sehr wahrscheinlich ein wirklich syphilitisches Nierenleiden vorgelegen hat.

V. Über Pityriasis rosea (GIBERT), von GUSTAV TANDLER-Prag. Im Laufe der letzten neun Monate sind auf Prof. PICKS Klinik 14 Fälle von Pityriasis rosea beobachtet worden, von denen zehn Männer, vier Weiber, durchweg gesunde Personen im Alter von 9—49 Jahren, betrafen. In diesen wie in früheren Fällen wurde die Wahrnehmung gemacht, daß Frühjahr und Herbst das Auftreten der Pityriasis rosea begünstigten.

Das klinische Bild, das die Patienten bei ihrer Aufnahme darboten, beschreibt Verfasser kurz wie folgt: Am Stamme, seltener an den Extremitäten finden sich, je nach der Dauer der Erkrankung, mehr oder weniger zahlreiche, in verschiedenen Stadien der Entwicklung befindliche, rosarote, scharf umschriebene, oberflächliche Infiltrate von verschiedener Grösse, Form und Anordnung.

Die Anamnese ergab gewöhnlich, daß der Ausschlag vor wenigen Tagen, ohne besondere subjektive Beschwerden, abgesehen von geringem Jucken, zu verursachen, aufgetreten sei. Nur sehr wenige Patienten vermochten darüber Angabe zu machen, daß ein bestimmter, an Grösse alle übrigen übertreffender Fleck, die sog. Plaque primitive (Brocq), das erste Zeichen des Ausschlages gewesen sei.

Das Allgemeinbefinden war weder vorher, noch während der Krankheit gestört. Der Verfasser beschreibt den Verlauf der Affektion, bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Diagnose, Prognose, Therapie und Pathogenese der Krankheit. Auf Grund der histologischen wie bakteriologischen Untersuchung spricht der Verfasser die Ansicht aus, daß die Pityriasis rosea keine Pilzaffektion sei, da die vorgefundenen Pilze einmal nicht konstant in jedem Falle an zutreffen und für die Entstehung der Krankheit vollständig bedeutungslos waren. Ferner ergab sich aus den Untersuchungen des Verfassers, daß die Pityriasis rosea auch durch das Trichophyton tonsurans nicht hervorgerufen werde, mithin beide Krankheiten nicht identische Prozesse darstellen können. — Wohl existiere ein der Pityriasis rosea in vieler Beziehung ähnlicher Herpes tonsurans maculosus (Hebrae) der durch das Trichophyton erzeugt werde. Dieses könne auch in den Efflorescenzen leicht nachgewiesen werden.

VI. Über das erste und zweite Stadium der Alibertschen Dermatose Mykosis fungoides), von LUKASIEWICZ-Innsbruck. Der Verfasser hat Gelegenheit gehabt, in Innsbruck einen typischen Fall von Alibertscher Krankheit in ihren ersten Stadien zu beobachten. In der vorliegenden Arbeit wird die Krankengeschichte und der klinische Verlauf des Falles mitgeteilt und die Diagnose auf Grund des Sektionsbefundes sichergestellt. In einem weiteren Abschnitte berichtet der Verfasser über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, über das Verhalten der Haut in den frühen Stadien der Erkrankung und über die Eigenart des bei der Alibertschen Dermatose sich in der Haut abspielenden Prozesses.

Die Krankheit bei dem 46 Jahre alten Patienten war im Beginn charakterisiert durch ekzemartige, rote, schuppige und nässende, infiltrierte, stark juckende, an *Eccema rubrum madidans* erinnernde Plaques, welche schon bei ihrer Entwicklung eine teigig-derbe, sie hinreichend von einem gewöhnlichen Ekzem unterscheidende Konsistenz darboten. Sie widerstanden auch hartnäckig denjenigen Mitteln, welche für gewöhnlich Ekzem zur Rückbildung bringen; dagegen involvierten sie sich spontan mit Hinterlassung von atrophischen, peripher pigmentierten Stellen. Die Plaques

sassen vorwiegend im Gesicht, am Stamme und an den Extremitäten. Außerdem bemerkte man vorspringende, buckelartige Knötchen und zahlreiche Kratzeffekte.

Die Krankheit begann vor drei Jahren. Die Untersuchung der inneren Organe ergab eine Dämpfung mit tympanitischem Beiklang, abgeschwächtes Atmen und feuchte Rasselgeräusche über der rechten Lungenspitze. Der Patient sah blaß aus und klagte über groÙe Mattigkeit, die er auf Nachtschweife zurückführte.

Im weiteren Verlaufe bildeten sich alte Plaques zurück. Dies geschah besonders, als der Patient in den letzten Lebensmonaten zeitweilig an remittierendem Fieber litt. Es traten jedoch immer wieder neue Schübe auf.

Die Behandlung bestand in einer möglichst roborierenden Diät, in der vorsichtigen Darreichung von Arsenik- und Eisenpräparaten (Roncegnowerasser, Asiatische Pillen, Ferr. oxalic.) und in lokalen, erweichenden, deckenden und dabei schonenden Salbenverbänden (Bor-, Diachylonsalbe, Zinkpasta).

Unter fortschreitender Kachexie, profusen Diarrhoen, allgemeiner Abmagerung trat der Exitus letalis ein.

Die Sektion ergab als Diagnose: Kachexie infolge allgemein verbreiteter Mykosis fungoides, Tuberkulosis der rechten Lungenspitze mit Phthisis, subakute tuberkulöse Infiltrate im rechten Oberlappen, beginnende Tuberkulose des Ileum, chronische Lymphadenitis am Halse und in beiden Leistengegenden mit Hyperplasie und Anämie.

Verfasser möchte die tuberkulöse Erkrankung der Lungen dafür verantwortlich machen, daß in dem vorliegenden Falle das sog. Geschwulststadium der Alibertschen Dermatoe nicht zur Entwicklung kam. Während diese letztere sich sehr wahrscheinlich in dem bereits tuberkulösen Individuum entwickelte, wird man die großen, derben Lymphdrüsen, welche der Patient an der seitlichen und hinteren Halsgegend und in der Fossa supraclavicularis aufwies, nach der Ansicht des Verfassers durch die lange Zeit bestehende Hautaffektion erklären, in deren Bereich es zu regionärer Lymphadenitis mit Hyperplasie kommen mußte. Für die Deutung der Lymphdrüenschwellung im Sinne derjenigen Autoren, welche bei Alibertscher Dermatoe pseudo-leukämische Befunde notierten, liege keinerlei Nötigung vor.

Die histologische Untersuchung von in vivo excidierten ekzemartig veränderten Hautstückchen, weiter vorgeschrittenen derben Infiltraten vom Halse, Stamme und von den Extremitäten, sowie von Lymphdrüsen der Hals- und Leistengegend ergaben Befunde, die vom Verfasser sehr ausführlich beschrieben werden. Es handelt sich an erster Stelle um eine Hyperplasie des Epithels, vor allem um eine Proliferation der Bindegewebszellen im Papillarkörper und Stratum subpapillare. Infolge dieser Proliferation des Bindegewebes entwickelt sich ein substituierendes, junges, locker gefügtes, zahlreiches Gewebe, welches im zweiten Stadium noch massiger auftritt und seine Ausläufer tiefer, ja sogar bis in die Subcutis abgiebt. Trotz alledem bleibt die Struktur der Lederhaut erhalten, indem ihre Elemente bloß auseinandergedrängt werden. Die gewucherten Bindegewebszellen bilden in sämtlichen Präparaten das Gros der Zellelemente. Sehr zahlreich sind die Mastzellen vertreten, während Verfasser die von PHILIPSON im Frühstadium der Alibertschen Dermatoe vorgefundenen Riesenzellen nicht beobachtet hat. Die beschriebenen Veränderungen finden sich in der Umgebung der BlutgefäÙe, deshalb besonders stark um die gefäÙreichen Haarbälge und Drüsen. — Die Leukocytose war im ganzen gering.

Klinisch zeigen die frühen Stadien der Alibertschen Dermatoe eine gewisse Ähnlichkeit mit Pemphigus vegetans und langwierigem Eccema chronicum madidans. Anatomisch erinnern die Befunde am meisten an eine produktive Entzündung resp. an eine entzündliche Gewebsbildung, bei welcher die Erscheinungen einer exsudativen

Entzündung, wie Emigration und Anhäufung von Leukocyten in den Hintergrund traten gegenüber den progressiven Veränderungen an den fixen Gewebselementen.

Was die Ursache dieser primären, von fixen Zellen ausgehenden, entzündlichen Neubildung ist, vermochte auch der Verfasser nicht zu eruieren. Ebenso wenig wie irgend ein anderer Autor bisher konnte er pathogene Mikroorganismen nachweisen.

VII. Beiträge zur Kenntnis des Epithelioma contagiosum, von CORNEL BECK-Wien. Der Verfasser hat bei seinen Untersuchungen hauptsächlich den Zweck verfolgt, festzustellen, wie sich das Hautpigment gegenüber den sich entwickelnden und den schon ausgebildeten Elementen des Epithelioma contagiosum verhält, ob von den pathologisch proliferierenden Epithelzellen des Epithelioma contagiosum auch Pigment aufgenommen wird wie von den normalen Epithelien, oder ob dieser Prozefs irgend welche Veränderungen erleidet. — Als Material für diese Untersuchungen dienten vor zwei Jahren im Laboratorium des Herrn Dr. EHRMANN excidierte Mollusca contagiosa von zwei verschiedenen Individuen. Die Stücke wurden behufs Fixierung und Härtung in eine konzentrierte, wässrige Pikrinsäurelösung gebracht, nach 24 Stunden in Wasser oberflächlich ausgewaschen und behufs weiterer Härtung in 95%igen Alkohol übertragen. Derselbe wird während 2—3 Tage 2—3 mal gewechselt. Sodann geschieht Einbettung in Paraffin, Färbung mit alkalischem Methylenblau und Nachbehandlung mit verdünnter Säure. Bei so behandelten Präparaten ist die Hornschicht sehr oft rot-violett gefärbt, die Molluscumkörperchen glänzend dunkelgrün mit einer unregelmäßig zerstreuten Körnung unmittelbar unter der Zellmembran; die Keratohyalinschollen sind ebenfalls rot-violett mit einem Stich ins Braune. Als wesentlichsten Befund beschreibt der Verfasser in den Epithelzellen, unterhalb der ausgebildeten Molluscumkörperchen homogene, helle, sehr schön rot-violett gefärbte Fleckchen, die nicht die geringste Spur einer Körnung zeigen. Diese Fleckchen bilden innerhalb der Epithelzellen das erste Zeichen einer beginnenden Zellveränderung, sind jedoch von dieser völlig unabhängig, indem sie sich nie in die feingekörnte Substanz umwandeln, welche sich zuerst in die feingekörnten, später homogen werdenden Segmente zerklüftet, sondern so lange unverändert bestehen, bis sie durch den Druck der sie umgebenden segmentierten Protoplasmamassen zuerst ihre ursprünglich kugelige Form verlieren und schließlich kurz vor der vollständigen Entwicklung des Molluscumkörperchens zum größten Teile oder gänzlich verschwinden. Einige Autoren haben diese Fleckchen für Vakuolen, andere für Körperchen angesehen. Bei der Frage, welcher Natur dieselben sind, gelangt der Verfasser in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren dahin, anzunehmen, daß sie keine Kunstprodukte darstellen sondern während des pathologischen Prozesses in vivo entstanden sind. Sie wurden an Alkoholpräparaten wahrscheinlich nur deshalb für künstlich entstandene Vakuolen gehalten, weil die Eigenschaft des Alkohols, Protoplasma zum Schrumpfen zu bringen, dies plausibel machte.

Was nun das Verhalten des Pigments, resp. der EHRMANNschen Melanoblasten zum Molluscum betrifft, so sieht man an mit Saffranin leicht gefärbten Schnitten von Molluscum, welches von einer dunkeln Hautpartie stammt, daß die Epithelzellen des Molluscum selbst nirgends, nicht einmal in ihrer äußersten Zellschicht, Pigmentkörnchen enthalten, während im umgrenzenden Bindegewebe, in einiger Entfernung von der äußersten Epithelschicht, Melanoblasten in gleich großer Zahl wie in der benachbarten Haut vorhanden sind. Die proliferierten und vergrößerten Epithelzellen besitzen also nicht mehr die Fähigkeit, die Pigmentkörnchen aus den vorhandenen Melanoblasten aufzunehmen. In den untersten Zellschichten der Epidermispartie, welche das Molluscumknötchen bedeckt, sieht man bei schwacher Vergrößerung, daß an der Übergangsstelle von Molluscumknötchen in die normale Haut hier die

Epithelien der untersten Zellreihe des Rete Malpighii mit dunkeln Pigmentkörnchen beinahe ganz ausgefüllt sind, während dieselben Zellen der das Molluscum unmittelbar deckenden Haut ganz hell, pigmentfrei sind. Der Übergang von der normalen, stark pigmentierten Epidermispartie in die pigmentfreie ist ein allmählicher. Die Unfähigkeit der Zellen, das Pigment aufzunehmen, ist ein pathologischer Zustand und resultiert aus dem beim Molluscum contagiosum sich abspielenden Krankheitsprozesse.

VIII. Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Ein Rückblick auf das Jahr 1894, von R. LEDERMANN und RATKOWSKI-Berlin. In der bekannten Weise behandeln die Verfasser im vorliegenden Abschnitte die Cutis und Subcutis, die Dermatosen und Tumoren. Die Zusammenstellung ist außerordentlich instruktiv.

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band VII, Heft 7, 8 u. 9.

1. Die intravesikale Operation der Blasengeschwülste, von M. NITZE. Verf. schildert die mit seinen Instrumenten erzielten Erfolge und giebt im Anschluß daran eine übersichtliche Schilderung des von ihm gebrauchten Instrumentariums, der verschiedenen Formen von Galvanokauteren und Schlingen, mit denen das Operationscystoskop ausgerüstet sein muß, um allseitig befriedigend zu wirken. Endlich kommt er auf die Schilderung der Operationstechnik, die sehr ausführlich und sorgfältig ist; es werden verschiedene Zufälligkeiten, wie sie in Sitz des Tumors, Größe und Form der schnürenden Schlinge liegen, geschildert und Ratschläge zu deren Beseitigung mitgeteilt. Dann folgt die Schilderung von 31 Krankengeschichten unter Anführung des erzielten Heilerfolgs. Zum Schluß giebt Verfasser eine ausführliche, alle Seiten der Sache beleuchtende Epikrise seines Operationsverfahrens, und darnach erscheint es nicht mehr zweifelhaft, daß die Methode einen großen Fortschritt bedeutet. Sie ist zwar nur für gutartige Geschwülste anwendbar, aber sie ist in geschickter Hand gefahrlos, sicher im Erfolg und stört den Patienten wenig in seinen Lebensgewohnheiten.

2. Untersuchungen über Infektion der Harnwege, von POSNER und A. LEWIN. Aufser der Infektion der Blase von der Harnröhre aus (durch Instrumente) oder von oben, von der Niere, her (durch in den Urin auf dem Blutwege ausgeschiedene Infektionsträger) giebt es noch einen dritten Weg der Infektion, die direkte von den Nachbarorganen aus, vor allem vom Darne. Zur Prüfung dieses Modus wurde eine Verschließung der Analöffnung von Kaninchen vorgenommen, um so eine Stauung des Darminhalts mit ihren Folgezuständen zu erzielen. Es ließen sich so Pyelitiden und Cystitiden, durch Selbstinfektion vom Darm aus entstanden, unter gewissen Umständen erzielen. Den Schluß der Arbeit bilden bakteriologische Untersuchungen über 22 Cystitisfälle; es fanden sich dabei elfmal *Bacterium coli*, fünfmal *Proteus vulgaris*.

3. Über die bakteriologischen Untersuchungen der Urethralfilamente bei der Urethritis chronica männlichen Geschlechtes, von E. TANO. Verfasser rekapituliert die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermaßen:

Die meisten Filamente enthalten mehrere Bakterienarten.

Unter den gefundenen Bakterien sind die Kokken in der Überzahl und unter diesen die semmelförmigen Diplokokken.

Unter den bakterienhaltigen Filamenten sind meistens die Mischformen vertreten.

Ein bestimmtes Verhältniß der in den Filamenten enthaltenen Bakterienarten zur Dauer des Ausflusses läßt sich nicht erkennen.

Sonidierte und nicht sonidierte Fälle ergeben keinen nennenswerten Unterschied.

In einigen Fällen blieb das Kulturverfahren negativ; diese sind wohl als in Heilung begriffen anzusehen.

Von pathogenen Bakterien fand sich nur *Staphylococcus pyogenes aureus*.

Die mikroskopische Untersuchung der Filamente allein bietet keine hinreichende Sicherheit bezüglich der inficierenden Eigenschaft des Sekrets.

4. Zur Frage der Kathetersterilisation, von ALAPY. Verfasser verwirft zur Erreichung einer kompletten Sterilisation der Gummi- und Seidengummikatheter, die auch sterile Aufbewahrung ermöglicht, leicht und sicher zu bewerkstelligen ist, ohne das Instrument zu verderben und die Harnröhre zu reizen, von den angewandten Methoden die mechanische Reinigung, die antiseptischen Lösungen, die desinficierenden Dämpfe und Gase, die trockene Hitze. Gutes leistet der strömende Wasserdampf, doch müssen die Instrumente einzeln in Fließpapier gewickelt und in einem mit Wattepfropf verschlossenem Glasrohr aufbewahrt werden. Dafs der Dampf direkt in das Lumen des Katheters hineingeleitet wird, erscheint ihm nicht notwendig. (Fortsetzung folgt.)

F. Hahn-Bremen.

Besprechungen.

LOUIS A. DUHRING. *Cutaneous Medicine. A Systematic Treatise on the Diseases of the Skin.* Part. I. Philadelphia, Lippincott Co.

Ein ungewöhnliches Interesse muß das neue Lehrbuch von DUHRING bei allen Fachgenossen erwecken. Es ist nicht allein die Aufmerksamkeit, welche jede Arbeit dieses ausgezeichneten, ebenso kritischen wie originalen Forschers in Anspruch nimmt. Es ist das Bewußtsein, daß hier ein glänzender Schmetterling endlich seine Puppenhülle abstreift, den wir schon in einer früheren dunkleren Phase seines Daseins gekannt und geschätzt haben. Lange Zeit hat allerdings der Puppenzustand gedauert; Jahre ist es her, daß das erste Lehrbuch der Hautkrankheiten von DUHRING erschien und den Namen des Autors in Amerika, England, Frankreich, Italien, Rußland, ja selbst in Deutschland — wo allerdings keine Übersetzung desselben erschien — rasch zu einem der geachtetsten der Dermatologie erhob. Und in den Zwischenraum, in welchem keine zweite Auflage des alsbald vergriffenen Werkes erschien, fällt die ganze moderne, man darf wohl sagen, erstaunlich rasche Entwicklung der Dermatologie, fällt ihre Neubegründung und teilweise Umgestaltung durch die Fortschritte der Histologie, Bakteriologie und allgemeinen Pathologie, fällt der segensreiche internationale Austausch der Geister der bis dahin in völliger Isoliertheit befindlichen Schulen. Welch' eine reizvolle Aufgabe für einen noch auf der Höhe der Schaffenskraft stehenden Autor! Aber Welch' eine schöne Aufgabe gerade für DUHRING. Ein jeder Leser seines „*Practical treatise*“ erinnert sich mit Vergnügen der persönlichen Vorzüge jenes Lehrbuches, des klaren Stiles, der aus eminenter Belesenheit hervorgehenden Gründlichkeit ohne den Fehler der Weitschweifigkeit, der gerechten

Würdigung fremder Verdienste ohne Beeinträchtigung der eigenen Überzeugung; es war ein vornehmes, auf gründlicher allgemein-pathologischer Bildung ruhendes Werk, in sachlicher Beziehung von wohlthuender Objektivität, in formaler mit dem Stempel der Klassicität gezeichnet. Unter den hervorragenden älteren Dermatologen ist wahrlich keiner durch ein früheres ähnliches Werk so prädestiniert wie DUHRING, um nach einem langen Zeitraum kräftiger Entwicklung unserer Wissenschaft von neuem das Facit derselben zu ziehen; am wenigsten können es Diejenigen, welche selbst mitten in der Sturm- und Drangperiode der Neuschöpfung stehend von einer Einzelarbeit zur anderen getrieben werden. Aber inmitten der Brandung, in welcher die Wellen der Dermatologie ringsumher mit den Strömungen ihrer Hülfswissenschaften zusammenschlagen, befindet sich ein vergleichsweise ruhiges Fahrwasser, die klinische Beobachtung, das A und O einer jeden medizinischen Wissenschaft. Wer sein Fahrzeug innerhalb derselben viele Jahre zu halten wufste, ohne gleichzeitig das Verständnis und rege Interesse für das krause Treiben und Wogen draussen zu verlieren, dem wird es auch gegeben sein, unbeirrt von Äußerlichkeiten und Modethorheiten der Wissenschaft, den bleibenden Fortschritten derselben vorsichtig zu folgen; so DUHRING. Er hat, wie Jedem bekannt, seit Erscheinen seines ersten Buches lediglich auf rein klinischem Gebiet gearbeitet und dennoch auf diesem zur Neugestaltung unserer wissenschaftlichen Anschauungen Grundlegendes beigetragen. Die Zusammenfassung unserer heutigen Kenntnisse in den engen Rahmen eines Lehrbuches kann, was Inhalt und Form betrifft, in keine Hände mit größerem Vertrauen gelegt werden als in die DUHRINGS.

Der Autor selbst kündigt sein neues Werk an als eine Erweiterung seines *Lehrbuchs der Hautkrankheiten* zu einem *Lehrbuch der „cutanen Medizin“*. Darin liegt einerseits ein rühmliches Bestreben, die vielfachen Berührungspunkte der Hautpathologie mit der Pathologie der übrigen Systeme genauer zu verfolgen und zu klären, andererseits eine Anerkennung der bisherigen Leistungen der Dermatologie, insofern dieselben begonnen haben, in gesteigertem Mafse das Interesse aller übrigen Pathologen in Anspruch zu nehmen und damit jene Stufe der Achtung zu erklimmen, welche derselben gebührt und welche dieselbe so lange entbehren mußte. Wir hoffen, noch Gelegenheit zu haben, an einzelnen Stellen des Werkes auf derartige Beziehungen hinzuweisen. Vorerst liegt uns nur der erste Teil des Buches vor und wir müssen denselben allein besprechen, da ein längeres Warten auf die übrigen Bände die Anzeige ungebührlich verzögern würde.

Dieser erste Teil behandelt die Anatomie, Physiologie und die allgemeinen Teile der Symptomatologie, Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Behandlung. Die Anatomie ist in — wenn wir vom *Ziemssenschen Handbuch* absehen — ungewöhnlicher Breite abgehandelt und zeichnet sich besonders durch einen Reichtum an guten Abbildungen aus, welche zum größten Teile den Werken von KÖLLIKER, RANVIER, SAPPEY, PIERSON, C. HEITZMANN entnommen sind. Durch diese reiche Auswahl von gut gelungenen Abbildungen ist es dem Autor möglich geworden, den Text des anatomischen Teiles bei aller Gründlichkeit verhältnismäßig kurz (52 Druckseiten) zu gestalten. Man merkt überall das Bestreben, aus den vielen erwähnenswerten Details nur diejenigen auszuwählen, welche ein pathologisches oder praktisches Interesse besitzen. Für den deutschen Leser hat die Vorführung mancher englisch schreibenden Autoren Interesse, welche bei uns weniger bekannt sind, wie PIERSON, MARTYN, P. A. BROWN, CH. STUART, ANDREW STUART; wir verdanken denselben beachtenswerte Einzelheiten. Die Angaben sind fast alle durchaus zuverlässig und geben ein gutes Gesamtbild der Hauttextur. Nur sehr wenige Details sind uns aufgefallen, die bei einer neuen Auflage eine Revision verdienen. So (pag. 10) die Angabe, daß das

elastische Gewebe der Papillen spärlich ist oder fehlt; dasselbe ist bekanntlich regelmäßig vorhanden und stets eigentümlich, als subepitheliales Netz mit Randstrahlen, angeordnet. Die von HERNOLD beschriebene Cuticula gehört nicht den Zellen der Schweissdrüse (pag. 37), sondern denen des Ganges an; vielleicht wäre es auch gut gewesen, eine Abildung der Gangepithelien mit ihrer fettgeschwärzten Cuticula zu geben und die so leicht nachweisbaren Fetttropfen der Knäueldrüsenzellen im Text und Figur vorzuführen. Eine solche Abbildung trägt gewiss zur Klärung der Knäueldrüsenfunktion bei. Endlich sind die Körner der Mutterzellen der Wurzelscheide dem Keratohyalin und nicht dem Eleidin (pag. 41) gleichzustellen.

Der physiologische Teil ist, wie auch in anderen Lehrbüchern, erheblich kürzer als der anatomische; aber auch hier ist in übersichtlicher und gedrängter Weise das Wichtigste beisammen. Die neueren Arbeiten von GOLDSCHIEDER über den Temperatur- und Drucksinn, von HEUSS über die Reaktion des Schweißes und der Stachelschicht, von BUZZI und SANTI über das Eleidin, von KELLER über Resorption sind gebührend berücksichtigt; die Fettfunktion der Knäueldrüsen kommt völlig zu ihrem Recht.

In der allgemeinen Symptomatologie nimmt die Nervenverteilung einen breiten Raum ein. Die allgemeine Ätiologie ist für uns aus den oben berührten Gründen von besonderem Interesse; in diesem Kapitel sind unsere Kenntnisse seit dem Erscheinen von DUHRING's erstem Lehrbuch erheblich gewachsen und soweit statistische Daten mitreden, ist auf diesem Felde gerade von Amerikanern viel und erfolgreich gearbeitet worden. Im Kapitel der Familienkrankheiten finden wir neben Xeroderma pigmentosum, Ichthyosis, Keratoma palmare et plantare, der hereditären Blasen disposition, dem Xanthom und den Talgcysten auffallenderweise auch die Trichorrhexis nodosa. Hier wäre gerade eine allgemeine Besprechung der Naevi erwünscht gewesen. Diese finden sich später in einem eigenen Kapitel über das Versehen (maternal impressions upon the foetus), aus welchem wir eine nicht kleine amerikanische Litteratur (BARKER, BUSEY, BALLANTYNE, HAMMOND, MONTGOMERY, DABRUY, MITCHELL, THOMSON) über diesen in Europa fast überwundenen Gegenstand kennen lernen. DUHRING schließt sich diesen Autoren an, was uns zu denken giebt. Der Einfluss von Nierenkrankheiten auf die Haut ist von BULKLEY, THIBIERGE und GAMBERINI studiert worden. Hier wie im Kapitel Gicht und Rheumatismus lernen wir DUHRING auch als Anhänger der alten Theorie kennen, nach welcher Niere und Haut nicht blos in Bezug auf Wasserabgabe, sondern auch in Bezug auf alle möglichen salzigen und organischen Exkrete in wechselseitiger Abhängigkeit stehen. Da wäre es nun sehr erwünscht und der gründlichen Art des Autors entsprechend gewesen, wenn hier eine Rückbeziehung stattgefunden hätte auf ein der Wichtigkeit der Sache entsprechend ausführliches Kapitel des physiologischen Teiles, in welchem das positive Material über Ausscheidung von den „effete products in gout“, des oxalsäuren Kalkes, der Harnsäure, der Urate durch die Hautdrüsen zusammengetragen wäre. Ausführliche Besprechung finden ferner die Einflüsse der Darmaffektionen, Uterinleiden, geschlechtlicher Vorgänge und Nervenleiden, mit besonderer Berücksichtigung des Shoks und der Hysterie. In allen diesen Kapiteln ist die betreffende Litteratur Amerikas und Europas in extenso angeführt und schon dadurch besitzen sie einen dauernden Wert nicht nur für die Anhänger dieser Theorien, sondern auch für deren Gegner. Gegenüber der Breite der Darstellung der inneren Ursachen sind die äußeren Ursachen (Beschäftigung, Kleidung, Irritanten, Unreinlichkeit, Kratzen, Traumatismus, Ansteckung) etwas kurz behandelt, insbesondere die letztere, indem die Lehre von den Bakterien nicht hier sondern in der allgemeinen Pathologie zur Sprache kommt.

Dieses ist bezeichnend für den Standpunkt des Verfassers. Wenn ich denselben kurz charakterisieren soll, so steht DUHRING auf dem berechtigten konservativen

Standpunkt, welcher die neue Lehre von der ätiologischen Bedeutung der Mikroorganismen für die große Mehrzahl aller Hautkrankheiten noch für nicht genügend begründet ansieht, aber da er auch die spezifischen Reize nicht entbehren kann, diese, wo es irgend angeht, in Anomalien des Blutes und der übrigen Organe sucht. Für ihn erzeugen oder bedingen Darmaffektionen und Anomalien des Darminhalts nicht nur Vasoneurosen der Haut sondern auch Ekzem und Acne, Uterusaffektionen nicht nur: Urticaria und Chloasma sondern auch Ekzem, Asthma: Ekzem und Psoriasis. Also bei den „Flechten“ im engeren Sinne (Ekzem, Psoriasis, Lichen, Acne etc.) hat sich die parasitäre Betrachtung in der Ätiologie noch nicht eingebürgert, während, wie ich aus dem Kapitel der Mikroorganismen vorwegnehmen will, DUHRING die ätiologische Bedeutung der Eitererreger, der Erysipelkokken, der Rotz-, Tuberkel-, Lepra-, Milzbrand- und Rhinosklerombacillen, ja sogar der Erreger der Impetigo contagiosa, des Ecthyma und der Sykosis völlig anerkannt. Eigentlich hätte um dieser Affektionen willen den Mikroorganismen doch ein größeres Kapitel bei Besprechung der Ätiologie gewidmet werden müssen. Auf der anderen Seite aber findet man wohl nirgends diejenigen Arbeiten, welche vom konservativen, klinisch-statistischen Standpunkt die ätiologischen Faktoren behandeln, so übersichtlich und kurz geordnet bei einander wie hier.

Es folgt das Kapitel über allgemeine Pathologie. Die Cirkulationsanomalien sind nach den neueren Anschauungen kurz und präzise dargestellt; die große Rolle des venösen Abflusses bei der Stauungshyperämie und dem Ödem kommt voll zur Geltung; der Referent hätte gewünscht, daß auch die auf falschen Vorstellungen beruhenden alten Namen der „aktiven“ und „passiven“ Hyperämie definitiv fallen gelassen wären. Im Kapitel: Entzündung finden wir die verschiedenen Theorien kurz skizziert, wobei den Mikroorganismen eine bedeutende Rolle zugeschrieben wird; andererseits ist auf eine Arbeit von WALSH verwiesen, welcher die entzündungserregende Wirkung gewisser Exkrete der Haut studiert hat. Es folgen die Kapitel über Hämorrhagie, Hypertrophie, Atrophie und Neubildungen, an die sich das schon genannte und größte über Parasiten anschließt. Als Gegner der Coccidienlehre werden für das Epithelioma contagiosum und PAGETS Krebs; SHERIDAN DELÉPINE, für DARIERS Krankheit: D'ARCY POWER und NEISSER genannt. Ausführlich werden die neueren Arbeiten über Sprosspilze von GILCHRIST und BUSSE berücksichtigt.

Im Kapitel über Diagnostik ist es interessant, aus DUHRINGS Ratschlägen zu ersehen, daß der amerikanische Kollege im allgemeinen mehr Schwierigkeiten hat als der deutsche, den oder die Patientin zu einer Gesamtinspektion der Haut zu veranlassen. Unter den unerläßlichen Bedingungen einer genauen Diagnostik fehlt für den Referenten das Diaskop; seine oft durch nichts zu ersetzende, augenblickliche Hülfe wird weder bei der „Inspektion“, noch bei der „Farbe“, noch gelegentlich der Hilfsmittel, wie Mikroskop und Linse erwähnt. Im übrigen ist gerade dieses Kapitel sorgfältig ausgeführt.

Das größte Interesse dieses ersten Bandes besitzt entschieden das ausführliche Kapitel über allgemeine Therapie. Denn aus keinem geht der persönliche Standpunkt des Verfassers, besonders wenn derselbe nicht mehr zu den jungen Autoren gehört, so sicher hervor als aus dem therapeutischen. Auch hier ist der Gesamteindruck der einer vorsichtigen, kritisch wägenden Mittelstellung zwischen den extremen Richtungen lokaler und konstitutioneller, äußerer und innerer Behandlungstendenzen, ruhend auf einer umfassenden bibliographischen und praktischen Kenntnis der europäischen und amerikanischen Anschauungen. Dieser gewaltig angeschwollene Stoff ist mit dem praktischen Blick des Amerikaners, der das Gute und rasch zum Ziel führende überall herzunehmen versteht, durchgesehen und in kompensiösester Form vorgeführt. Für

unsere deutschen Ideen steht DUHRING dabei selbstverständlich noch etwas nach rechts von der Mitte; der groÙe Einfluss innerer Medikation und der Diät auf viele der gewöhnlichsten Dermatosen scheint ihm ebenso unbestreitbar wie die groÙe Rolle, welche der Nervenberuhigung zuzuerteilen ist. Diese Resultate sind wohl sicher zum Teil in dem verschiedenen Material begründet; der Referent weiß aus eigener Erfahrung den hervorragenden Grad von Nervosität an vielen amerikanischen Patienten zu würdigen. Von diesem Gesichtspunkt aus ist es in hohem Grade anzuerkennen, wie sehr DUHRING die Technik der besonders in Deutschland eingebürgerten Lokalbehandlung sich zu eigen gemacht hat. Uns interessiert besonders sein gemäßigter Standpunkt in Betreff der inneren Behandlung. Wo die letztere sicheren Erfolg hat, ist dieselbe die denkbar beste. In den meisten Fällen thut man am besten, die innere und äußere Behandlung zu verbinden. Gesetze über Bevorzugung der lokalen oder allgemeinen Methode giebt es nicht. Ob im betreffenden Falle die Diät durch Bevorzugung der Fleisch-, Mehlspeisen oder Gemüse zu regulieren ist, hängt mehr vom Patienten als von der Krankheit ab; doch im allgemeinen konsumieren die besser situierten Patienten zu viel Fleisch, weshalb hier meistens die Fleischdiät zu beschränken ist. Bei dieser im ganzen gemäßigten Richtung, ist doch für DUHRING eine sehr lange Warnungstafel in allen Fällen angezeigt, welche etwa folgendes absolut Verbotene enthält: Würste, Schaltiere, Pasteten, Kuchen, heißes Brod, Käse, Salate, Gepökelttes, Gewürze, Säuren, saure Früchte, Nüsse, Süßigkeiten, Thee, Kaffee, Tabak, Alkoholica. Im Sprechzimmer englischer Kollegen hat Referent allerdings noch längere Sündenregister der armen Hautkranken gedruckt vorgefunden.

Purgantien werden oft gegeben. Eine beliebte und wie es scheint in Amerika allgemein verbreitete Vorschrift ist z. B.: Magnes. sulfur. 4,5, Acid. sulfur. dil. 4, Ferr. sulfur. 0,5, Aq. Menthae 120 S. Ein Theelöffel in einem Wasserglase $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Essen. Der Referent hat vergeblich des Öfteren versucht, die Zunge seiner deutschen Patienten an diese Medikation zu gewöhnen. Die Indikationen für Arsenpräparate sind wie die aller einzelnen Medikamente sehr gut und genau. In der lokalen Behandlung kommt die Gruppe der reduzierenden Mittel neben der älteren vollkommen zu ihrem Recht. Schwefel, Chrysarobin, Pyrogallol, Resorcin, Ichthyol stehen auch in DUHRINGS Behandlung im Vordergrund, ohne dafs die älteren, hauptsächlich metallischen Mittel zu kurz kämen. Der liq. Carbonis detergens ist vor längerer Zeit in den Vereinigten Staaten von DUHRING unter dem Namen: Compound tincture of coal-tar eingeführt worden, deren Formel die folgende ist: Ein Teil Steinkohlenteer und 6 Teile Quillaya-tinktur (1 Quillaya auf 4 Alkohol von 95°) werden unter häufigem Schütteln 8 Tage oder länger digeriert und endlich filtriert. Den Teer verordnet DUHRING gern als Kollodiumfirnis (2:30) und als Mischung mit Zinksalbe und Coldcream. Die oftmals reizende Wirkung des Lanolin. anhydricum wird — wohl mit Unrecht — auf dessen wasseranziehende Eigenschaft zurückgeführt. So viel Wasser dem Lanolin (unter der Bedingung der Beimischung von Glycerinfetten) inkorporiert werden kann, so zieht es doch selbstthätig gar kein Wasser an und ist auch allein mit demselben nicht mischbar; dagegen ist der reizende Einfluss auf seine Impermeabilität für den normalen Wasserdunst zurückzuführen. Als Pastengrundlagen empfiehlt DUHRING zunächst eine modifizierte LASSARSche Paste: Borsäure 2,5, Amylum, Zinkoxyd 8, Vaseline 30. Sodann: Lanolin 65, Paraffin 30, weißes Wachs 5, Wasser 30. Weiter: Zinkoxyd und Petrolatum aa pp. aeq. Endlich: Zinkoxyd, Amylum 8, Coldcream 16. Als Puder wird auÙer Magnesia carbonica hauptsächlich das in Deutschland wenig bekannte Zinkstearat empfohlen. Sehr ausführlich sind die Bäder und Thermen berücksichtigt. Unter den Vehikeln der Lokalbehandlung bevorzugt DUHRING

entschieden diejenige der Wischwässer und wasserlöslichen Firnisse, z. B. eine dünne Traganthemulsion.

Mit einem kurzen Kapitel der allgemeinen Prognose schließt der erste Band das für unsere Wissenschaft durch die hervorragende Persönlichkeit des Verfassers hochbedeutsame Werk. Möge der spezielle Teil desselben in nicht zu langer Zeit nachfolgen.

Unna.

Die Krankheiten der Prostata und der Samenbläschen, von H. PICARD. (Paris 1896. Georges Carré.) Verfasser bietet eine gut geschriebene, dem Stande unserer Wissenschaft entsprechende Darstellung der Erkrankungen der Prostata und der Samenbläschen. An die einleitenden Kapitel über Anatomie, Physiologie, die Bildungsfehler des Organs schließt sich eine Besprechung der Wunden, der falschen Wege, der akuten und chronischen Prostatitis. Besondere Erwähnung verdient die ausführliche Behandlung der Hypertrophie, das entsprechende Kapitel über das Carcinom und die Tuberkulose der Prostata; kurze Bemerkungen über Konkretionen und Cysten folgen. Die Darstellung der Samenbläschenerkrankungen enthält das Wenige hierüber bekannte. Den Schluss des für den praktischen Arzt empfehlenswerten Buches bilden Schilderungen der in Betracht kommenden Mikroben, der Urethritis simplex ohne Gonokokken, der Bedingungen für die Antisepsis des Katheterismus, der Urethral- und Blasenspülungen und ein sehr kurz gehaltenes Kapitel über Endoskopie und Cystoskopie. Der Text ist durch 56 meist ziemlich schematische Abbildungen illustriert.

H. Einhorn-München.

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von L. CASPER. Mit sieben Abbildungen. (Berlin 1896. Oscar Coblentz.) Die geschichtliche Einleitung über Ureterenuntersuchungen und Ureterenkatheterismus weicht den Leser natürlich in den Streit zwischen Verfasser und NITZE ein. POIRIER hat 1889 als erster gezeigt, daß man unter Leitung des Auges die Ureteren beim Manne katheterisieren kann, und die zweckmäßige Krümmung des aus dem eingearbeiteten Sondenkanal austretenden Ureterenkatheters wurde zuerst von JAMES BROWN im September 1893 beschrieben. Die Originalmitteilungen dieser beiden Autoren finden sich im Anhang der Arbeit abgedruckt. Das NITZESche Instrument, von dem die erste Notiz aus dem Herbst des Jahres 1894 stammt, beruht auf dem gleichen Prinzip, wie das BROWNSche, beide zeigen den gleichen „fundamentalen Fehler“ einer feststehenden Krümmung.

Das Harnleitercystoskop CASPERs weist hingegen eine veränderliche, regulierbare Krümmung des Ureterenkatheters auf und bietet die Möglichkeit, den Ureterkatheter isoliert liegen zu lassen. Das Instrument, die Technik seiner Einführung wird genau beschrieben. Nachdem bei 200 Patienten, die Verfasser seit 1½ Jahren untersucht hat, niemals entzündliche Reizungen, noch gefährliche Blutungen, noch Infektionen beobachtet wurden, ist die Methode als gefahrlos zu bezeichnen.

Die diagnostische Bedeutung der Ureterenkatheterisation faßt C. in folgenden Sätzen zusammen, die durch die Mitteilung von elf interessanten Krankengeschichten illustriert werden.

1. Der Harnleiterkatheterismus gestattet die Unterscheidung, ob die Blase oder die Niere oder ob beide Sitz der Erkrankungen sind.

2. Wenn eine Nierenaffektion als sicher vorhanden angenommen wird, vermag er in vielen Fällen, in denen lediglich Freilegung einer Niere zur Klarheit in der Diagnose führen würde, ohne diese Aufschluß zu geben, in welcher Niere die Krankheit besteht, oder ob sie doppelseitig ist.

3. Wenn eine Niere als krank erkannt ist, so giebt er in der Mehrzahl der Fälle

Aufschluß über das Vorhandensein, die Gesundheit, bezw. Leistungsfähigkeit der anderen Niere.

4. Er läßt uns ein Hindernis im Ureter mit Sicherheit diagnostizieren.

H. Einhorn-München.

Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde, von P. MEISSNER. (Berlin 1896. Boas & Hesse.) Auf 38 Seiten giebt Verfasser als „Vademecum für die Bedürfnisse der Sprechstunde“ eine klare und prägnante Zusammenstellung des mikroskopischen Instrumentariums, der Herstellung und Behandlung von Schnitten und Deckglastrockenpräparaten und der wichtigsten Färbemethoden. Das Büchlein enthält trotz seiner Kürze eine Menge für den Anfänger wertvoller Winke und kann als verlässiger Führer empfohlen werden.

H. Einhorn-München.

Akute Exantheme, von THEODOR v. JÜRGENSEN. (IV. Band, III. Teil, I. und II. Abteilung von Spezielle Pathologie und Therapie, von HERMANN NOTHNAGEL. Wien 1896. Alfred Hölder.) Das vorliegende Werk behandelt in ausführlicher Weise Masern, Scharlach, Röteln, Varicellen. In einer Einleitung werden mehrere Punkte besprochen, die für alle Leiden Bedeutung haben. Verfasser erörtert eingehend, ob und inwieweit die verschiedenen Exantheme wirklich Einheiten, besonders in ätiologischer Beziehung, sind, berichtet, was über das gleichzeitige Vorkommen zweier Exantheme bei denselben Individuen bekannt ist, dabei eigene und fremde Beobachtungen citierend, und bespricht in durchaus vernünftiger Weise die allgemeine Prophylaxe und Therapie. Die ganze Art der Darstellung der in Rede stehenden Krankheitsbilder hat etwas eigenartiges; es sind nicht einfache, abgerundete Schilderungen, sondern mehr eingehende Erwägungen und Erörterungen des gesamten in der Litteratur niedergelegten Materials in Verbindung mit den reichen eigenen Erfahrungen, wie es wohl auch für ein solches Werk sich ziemt, das ja nicht für den Studierenden, sondern mehr für den Wissenden bestimmt ist. Natürlich faßt der Verfasser die Röteln und die Varicellen als Krankheiten sui generis auf. Bei letzteren muß die Ansicht des Verfassers, daß die gangränösen und ulcerösen Exanthemformen der Varicellen Folgen des Kratzens sind, doch Bedenken erregen. Er behandelt überhaupt diese schweren und seltenen Vorkommnisse bei Varicellen sehr stiefmütterlich, erwähnt z. B. die DEMMESchen Fälle gar nicht. Für eine so umfangreiche Bearbeitung ist das ein Fehler. Durchaus subjektiv gehalten ist die Therapie bei allen akuten Exanthemen. Daß dieselbe vorzugsweise eine hydropathische ist und dem kalten Wasser ein größeres Gebiet eingeräumt wird, als es die Ärzte leider gewohnt sind, ist bei den bekannten Anschauungen des Verfassers ganz begreiflich. Dennoch hätte man etwas mehr auch die medikamentöse Therapie berücksichtigt gewünscht, besonders auch die Antipyretica, die so gut wie gar nicht erwähnt sind. So ganz wertlos sind sie, wenn man vernünftig mit ihnen umzugehen versteht und über den zu erwartenden Nutzen sich klar ist, denn doch nicht. Doch das sind Kleinigkeiten. Im großen und ganzen ist das Werk eine originelle und wertvolle Arbeit, die für manchen einen guten Wegweiser geben wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. v. BAUMGARTEN und F. ROLOFF. IX. Jahrgang. 1893. II. Abteilung. (Braunschweig. 1895. Harald Bruhn.) Unter Mitwirkung einer großen Zahl von Mitarbeitern ist der vorliegende Band der BAUMGARTENSchen Jahresberichte wieder eine erschöpfende Zusammenfassung der lawinenartig anwachsenden bakteriologischen Litteratur geworden. Die Arbeiten sind zum Teil nur referiert, zum Teil auch in Fußnoten einer

Kritik unterzogen, die natürlich wiederum eine Kritik vielfach herausfordert. Jeder, der auf diesem Gebiete arbeiten will, wird dieses grofse Nachschlagewerk zur Hand haben müssen, um sich schnell über seine Vorarbeiter zu orientieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Eine Methode zur Erläuterung der Lage der Harn- und Geschlechtswerkzeuge beim Manne, von NUSSBAUM. (*Anat. Anzeiger*. 1896. No. 21.) Verfasser schildert die in Kursen von ihm geübte Methode der Demonstration, die allerdings sehr praktisch scheint und den Schülern einen guten Einblick in die Lageverhältnisse der Blase und ihrer drei Öffnungen ermöglicht, vor allem aber gestattet, das Verhältnis des Peritoneum zur Blase und an Samenblase und Prostata genau zu erkennen.

F. Hahn-Bremen.

Über die Wechselbeziehungen der Krankheiten der Harnwege zu denen anderer Organe und des Gesamtorganismus, von FERDINAND KORNFELD. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 10.) In einer, wie der Verfasser es bezeichnet, panoramatischen Übersicht bespricht derselbe kursorisch die zahlreichen Wechselbeziehungen zwischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und denen des Nervensystems, den Stoffwechselanomalien, den gestörten Blutmischungen, den Intoxikationen u. s. w. Selbstverständlich konnten im Rahmen eines Artikels nur Andeutungen gegeben werden, da eine erschöpfende Behandlung des Materials geeignet wäre ein recht umfangreiches Buch zu füllen. Es ist aber sehr verdienstlich in der heutigen Zeit den Zusammenhang der Spezialdisciplinen mit der Gesamtmedizin bei jeder Gelegenheit zu betonen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

B. GUISEY weist (*Progrès méd.* 1896. No. 24) hin auf die **geistigen Störungen** die sich bei disponierten Individuen im Gefolge von zuweilen ganz geringfügigen **kongenitalen Difformitäten und Affektionen des Genitalapparates** einstellen und sich bis zu eigentlichen Psychosen (sympathische Verrücktheit) steigern können. Die Frage dürfte demnach auch vom Gesichtspunkte der gerichtlichen Medizin von größter Bedeutung sein.

C. Müller-Wallisellen.

SWISSER betont das häufige Vorkommen von **Verdaunstörungen bei Affektionen der Harnorgane**. Am häufigsten werden sie angetroffen bei Patienten mit chronischer Urinsekretion mit Dilatation der Blase. Besonders sind die oberen Digestionswege befallen und GUYON hat eine besondere Beschaffenheit der Zunge beschrieben, die er „Harnzunge“ (*langue urinaire*) nennt und welche sich durch grofse Trockenheit bei lebhaft rosaroter bis purpurroter Färbung der Ränder auszeichnet; Spucken und Schlingen sind dabei behindert; Soor ist eine häufige Komplikation. Mitbeteiligung des mittleren und unteren Teiles des Verdauungskanales giebt sich durch Vorhandensein von Brechreiz, Erbrechen, Diarrhoe, oder Obstipation zu erkennen. Bei

jedem Patienten, der an hartnäckigen und langdauernden Verdauungsstörungen leidet ist es demnach in hohem Maße angezeigt die Harnwerkzeuge einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen. Der prompte Erfolg der Therapie beweist am klarsten den Zusammenhang dieser beiden Arten von Affektion. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 24.)

C. Müller-Wallisellen.

Einige klinische Betrachtungen über die primäre Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane, von F. S. WATSON. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Diejenigen zwei Kapitel, welche auf die Ätiologie und die Behandlung sich beziehen, erscheinen am interessantesten.

In den vom Verfasser selbst beobachteten 21 Fällen wurde die tuberkulöse Natur durchaus bestätigt, teils durch Auffindung des Bacillus tuberc. während des Lebens, teils durch die bei der Sektion gefundenen Veränderungen. In all diesen Fällen, mit Ausnahme von zweien, hatte die krankhafte Veränderung von irgend einem Punkte des Harn-Genital-Systems aus ihren Anfang genommen. In der Symptomatologie weist Verfasser besonders auf den Wert der Ausgangspunkte in Nebenhoden, Samenbläschen, in der Prostata und auch auf die Bedeutung des Blutharnens hin. Ziemliches Gewicht legt er der graulich-schmutzigen Farbe des Ulcus bei, sowie der Abwesenheit des abstoßenden Geruches, wie er manchmal bei chronischer Cystitis oder Blasenneubildungen vorkommt.

Der Verlauf der Krankheit sei wechselnd, die Entwicklung derselben gehe über 3 Jahre kaum hinaus, tödlicher Ausgang sei die Regel. Doch habe Verfasser 2 Fälle gesehen, die 2 resp. 4 Jahre lang bereits geheilt waren. Charakteristisch für das Leiden sei das Auftreten trügerischer Remissionen, der Mißerfolg der gewöhnlich angewandten Maßnahmen und die Abwesenheit von Fieberfrost und starkem Schwitzen, wie bei sonstiger eiteriger Nephritis.

Im einzelnen sei bemerkt, daß die Dilatation bei der Frau, dann die tiefen Injektionen, die Drainage vom Damm aus keinen Erfolg erzielten, nur die Sectio alta mit nachfolgender Anwendung von Jodoform und Ätzungen mit Glüheisen hätten etliche gute Resultate ergeben.

Es folgt sodann eine Statistik über 108 Fälle von Nierentuberkulose, welche mittelst Nephrotomie (20 Fälle) und Nephrektomie (88 Fälle) operiert worden sind. Von den 20 Nephrotomierten erlagen 12 der Operation direkt oder starben bald, von den 8 anscheinend Geheilten blieb nur ein Patient wirklich geheilt.

Die abdominale Nephrektomie ergibt eine Sterblichkeit von etwa 27,7%; die lumbäre Nephrektomie eine solche von ca. 43,7%. Doch ist zu bedenken, daß Fälle darunter sind, welche aus der Periode der mangelhaften Operationstechnik herrühren.

Die sekundäre Nephrektomie ergibt bessere Resultate als die primäre. Erstere wird einige Wochen nach der Nephrotomie ausgeführt, sobald der Allgemeinzustand des Kranken sich gehoben.

Schließlich betont der Verfasser, daß es unmöglich sei, eine allgemeine Regel aufzustellen. Eventuell sei zur Erforschung die Nephrotomie auszuführen und je nach den Umständen die teilweise Resektion des erkrankten Stückes oder auch die totale Nephrektomie anzufügen.

Neuhaus-München.

Die frühe und exakte Diagnostik der Tuberkulose des Harntraktes, von LEOPOLD CASPER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 17.) Der Verfasser zeigt an einem Falle, wie man mit Hilfe des Cystoskops und des Katheterismus der Ureteren eine einseitige Nierentuberkulose mit Sicherheit zu erkennen vermag.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis beim Schweine, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Geschlechtsdrüsen aus dem Keimepithel, von FR. KOPSCH und LADISLAUS SZYMONOWICZ. (*Anat. Anzeiger*. 1896. No. 6.) Auf Grund der Untersuchung eines hermaphroditischen Schweines kommen die Verfasser zu der Anschauung, dafs es bestimmte und räumlich abgegrenzte Bezirke des Keimepithels sind, welche dazu bestimmt sind, Hoden und Eierstock zu liefern, einen kleineren für den Eierstock und einen gröfseren für den Hoden. Die normale Entwicklung könnte man sich dann in zweierlei Weise denken:

1. Entweder es entwickeln sich von den Zellen des Keimepithels nur diejenigen für den Hoden oder nur diejenigen für den Eierstock.

2. Es entwickeln sich bis zu einem gewissen Stadium sowohl die Zellen, die die Eierstockelemente liefern, wie diejenigen, welche die Hodenelemente bilden. Im weiteren Verlauf bleibt die eine Geschlechtsdrüsenanlage zurück, während die andere sich kräftig entfaltet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

POZZI berichtet über einen **Fall von Pseudohermaphroditismus** (*Presse méd. belge*. 1896. No. 31.) Eine Patientin war wegen einer doppelten Inguinalhernie operiert worden. Links wurde die blofse Reposition zweier Gebilde vorgenommen, die als Ovarium und rudimentärer Uterus aufgefaßt worden war. Nach einem Jahre Recidiv der linksseitigen Hernie. Bei der Operation erkannte man die beiden früher reponierten Organe wieder, die sich aber bei der näheren Untersuchung als Hoden und wahrscheinlich ein rumentäres Uterushorn erwiesen.

C. Müller · Wallisellen.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus externus femininus bei einem Neugeborenen, von WARGAFTHIS. (*Russ. Med. Rundsch.* 1896. No. 10.) Autor beschreibt den Fall ausführlich und spricht zum Schlufs die Ansicht aus, dafs in derartigen Fällen das Geschlecht erst bei Eintritt der Geschlechtsreife bestimmt werden könne, wobei er an den BAUHINSchen Fall erinnert, wo das Geschlecht des Individuums erst durch die eingetretene Schwangerschaft bestimmt werden konnte. Bis dahin war der Hermaphrodit Mönch gewesen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System, von SCHUSTER. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 52.) Der Verfasser hat früher eine Steigerung der sexuellen Erregbarkeit durch die Sprudelbäder in Nauheim festgestellt. Die Kohlensäure wirkt als peripherer Reiz besonders erregend auf die Geschlechtssphäre, was schon viele Autoren ausgesprochen, deren Äußerungen der Verfasser citiert. Diese Wirkung der Kohlensäure ist auszunutzen bei der Impotentia coeundi, soweit sie durch Neurasthenie bedingt ist, wofern nicht eine gesteigerte Erregbarkeit sich durch Spermatorrhoe, Pollutiones diurnae et nimiae, Ejaculatio praecox sich kundgibt. Die Fälle bilden also die Indikation, wo Erektion und Libido vermindert sind ohne Spermatorrhoe und ohne schwere paralytische oder psychische Erscheinungen. Dazu gehört auch die frühzeitig auftretende senile Impotenz.

Beim weiblichen Geschlechte spielt der Torpor eine Rolle bei dieser Therapie, wo die geschlechtliche Erregung fehlt und infolgedessen sogar Sterilität eintreten kann. Auch manche Neuralgie des Uterus, Ovarie, Dysmennorrhoe und Amennorrhoe etc. können durch Kohlensäure günstig beeinflusst werden.

In zwei Formen kann die Kohlensäure für diese Zwecke verwendet werden: als kohlensaures Wasserbad und kohlensaures Gasbad, die reinste und stärkste Anwendungsform. Man beginnt am besten mit der ersten, schwächeren Form, steigt zu Sprudelbädern und dann erst zu Gasbädern.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Anatomie und Physiologie der Harnröhre und Blase, von E. FINGER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Eine wichtige Vorbedingung einer erfolgreichen Behandlung der Blennorrhoe ist die genaue Kenntnis der anatomisch-physiologischen Verhältnisse, die der Verfasser hier eingehend erörtert.

Die Weite der Urethra ist keine gleichmäßige; ein Abgufs besteht aus 1. einer vorne abgestutzten Spindel, der Fossa navicularis; 2. einem gleichmäßigen Rohr, Pars cavernosa; 3. einer rückwärts stärker gestutzten Spindel, dem Bulbus; 4. einer kurzen Röhre, Pars membranacea; 5. einer symmetrischen Spindel, Pars prostatica. Am engsten und am wenigsten dehnbar ist das Orificium externum. In Bezug auf Dehnbarkeit steht die Pars membranacea dem Orificium externum am nächsten; hierauf folgen die Pars pendula, Pars prostatica und als am meisten dilatabel der Bulbus. Man stellt die Dehnbarkeit fest durch das Urethrometer.

Man teilt die Urethra am besten ein in die Urethra anterior (= Pars pendula + bulbosa), der Pars cavernosa entsprechend, und in die Urethra posterior, die man, da sie von einem starken Muskellager umgeben ist, auch Pars muscularis nennen könnte. Letzterer Abschnitt entwickelt sich aus dem Sinus urogenitalis, mit dem die Urethra anterior nichts zu thun hat. Funktionell ist die Urethra anterior ein integrierender Teil der Sexualorgane, die Urethra posterior aber gehört dem uropoetischen System an.

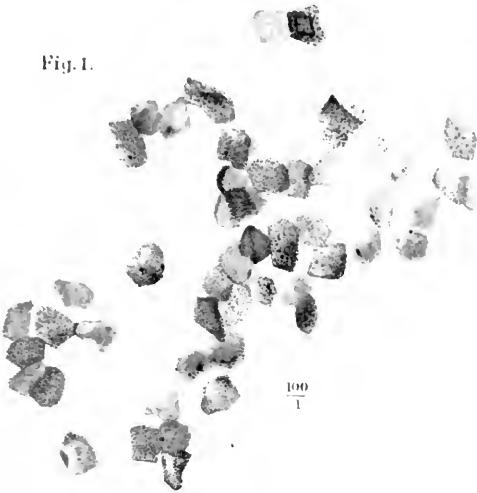
Die Pars prostatica besteht aus dem Sphincter vesicae internus, den Verfasser lieber als Sphincter prostaticus internus bezeichnen möchte, der acinösen, siegelringförmigen Prostata-drüse und dem Sphincter vesicae s. prostaticus externus, der zum größten Teil aus animalischen Fasern sich zusammensetzt. Dieser überbrückt zum Teil oben die Urethra, komprimiert dieselbe bei ihrer Kontraktion (Musculus urethralis transversus von KRAUSE und KOHLRAUSCH), zum Teil umgibt er dieselbe ringförmig.

Die im Diaphragma urogenitale verlaufende Pars membranacea ist trotz der Bezeichnung Pars unda sehr muskelreich; es ist dieser Muskelapparat der Musculus compressor partis membranacea, oder auch der Compressor urethrae genannt. Die Pars prostatica und membranacea befinden sich in einem Zustande tonischer Kontraktion und sind deshalb gewöhnlich gegen die Blase abgeschlossen. Die Blase selbst besitzt keinen eigenen Sphinkter, der Abfluß des Urins wird nur durch die Harnröhrenmuskulatur gehindert; sie ist deshalb kein gegen die Harnröhre abgeschlossenes Organ, aus letzterer kann alles ohne weiteres in die Blase eindringen.

Die Grenze zwischen Blase und Harnröhre ist so lange eine scharfe, bis die erstere sehr gefüllt ist. Ist dieses der Fall, dann überwindet der Druck den Tonus des Sphincter internus, die Grenze verwischt sich, der „Blasenhals“ ist geschaffen; in diesem Moment empfindet man zuerst Harndrang, ein Gefühl, dessen Sitz allein die Pars prostatica ist. Der Abschlufs der gefüllten Blase, in die dann die Pars prostatica hineingezogen ist, bewirkt der Sphincter prostaticus externus zusammen mit dem Compressor partis membranaceae. Letzterer Muskel spielt auch eine wesentliche Rolle beim Harnröhrenkrampf, bei der Absperrung der Pars posterior gegen injizierte Flüssigkeiten, sowie bei der Zurückdrängung der in der Pars posterior gebildeten Sekrete in die Harnblase. Der Musculus compressor urethrae teilt die Harnröhre scharf in zwei Teile, die Pars anterior und posterior, eine für Pathologie und Therapie sehr wichtige Erscheinung.

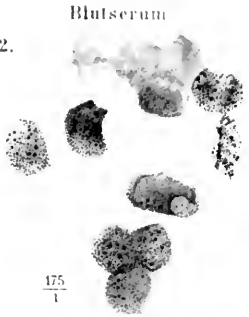
Dieses kurze Extrakt aus den klaren Darstellungen des Verfassers dürfte den Lesern als kleines Repetitorium willkommen sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fig. 1.



1. Normale Hornzellen.

Fig. 2.



2 Normale Hornzellen

Fig. 3.



3. Normale Hornzellen.

Fig. 5.



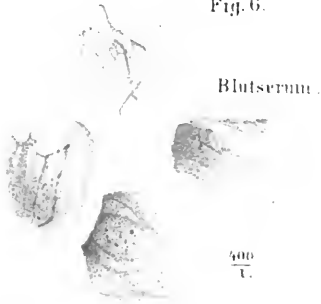
5 Ichthyosis

Fig. 4.



4. Normale Hornzellen mit
gequollenem Relief.

Fig. 6.



6 Hyperkeratosis cong.

Rausch: Hornzellen.

Gummelt del.



Fig. I^a

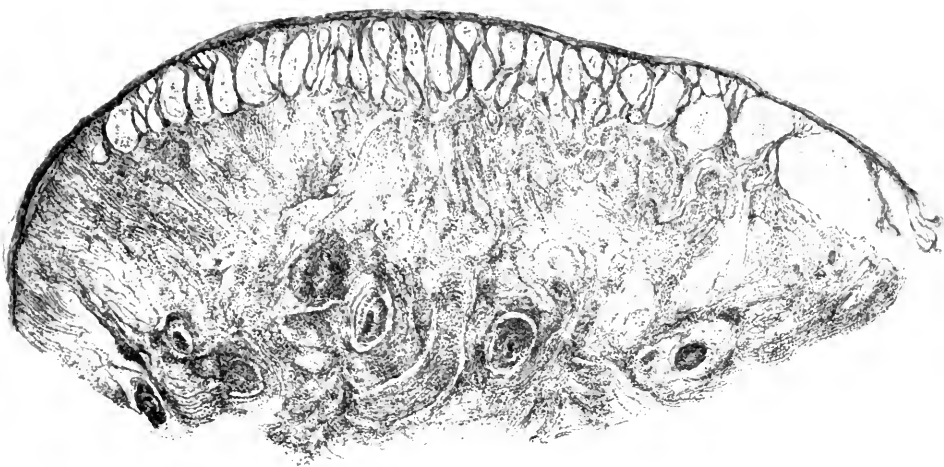
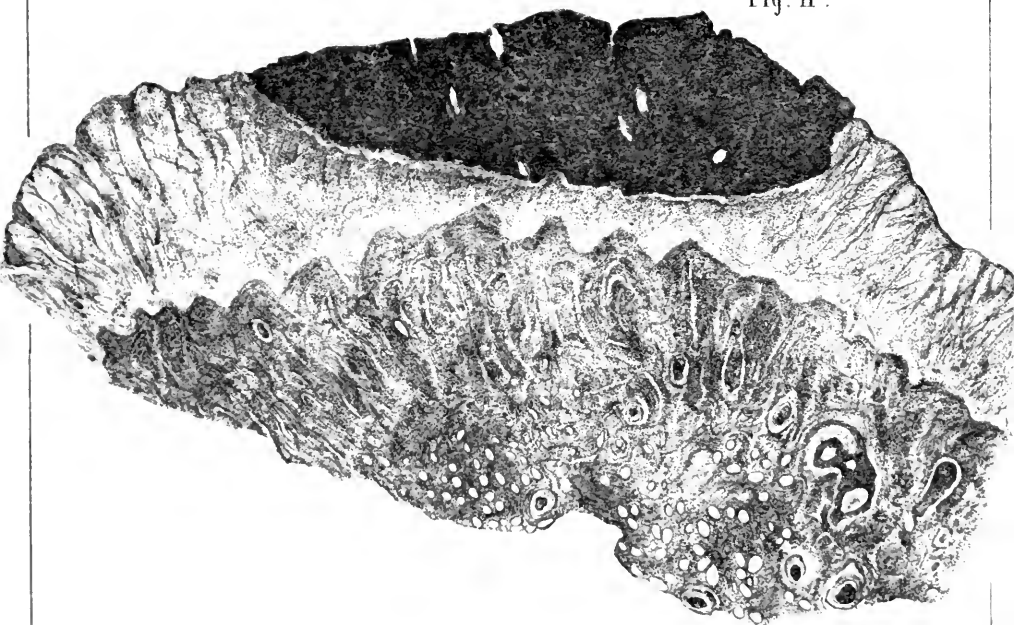


Fig. II^a



A. Ogilvie me. Mibelli: *Hydroa vacciniforme*. Lit. Vaccinaria 1877

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).



Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europphen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata,
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europphen, Acid. boric.
pulv. a. p. aequ.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Kürzlich wurde vollständig:

H. von Helmholtz,
Handbuch der physiologischen Optik.

Zweite, umgearbeitete Auflage.

**XIX und 1335 Seiten gr. 8°. Mit 254 Abbildungen im Text,
einer farbigen und sieben Schwarzdruck-Tafeln.**

Preis M. 51.—, gebunden M. 54.—.

*Ausführlicher Prospekt mit Vorreden und Inhaltsverzeichnis steht
unentgeltlich und postfrei zu Diensten.*

In Vorbereitung:

H. von Helmholtz,
Vorlesungen über theoretische Physik.

Herausgegeben von

Arthur König, Otto Krigar-Menzel, Carl Runge.

==== In sechs Bänden. ====

Ende Januar wird erscheinen **Band V:**

Vorlesungen
über die
Elektromagnetische Theorie des Lichts.

Herausgegeben von

Arthur König und Carl Runge.

Mit Figuren im Text.

Preis etwa **M. 15.—.**

Argonin

bewährtes Mittel gegen Gonorrhoe.

Argonin wurde von einer Reihe angesehener Dermatologen geprüft. Es ist das **einzige Mittel**, welches in **kurzer Zeit** die **Krankheitserreger der Gonorrhoe beseitigt**, ohne die Schleimhaut der Harnröhre zu reizen. **Völlig un-schädlich, schmerzlos.**

Anleitung zur Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin sowie Proben stehen Aerzten und Apothekern gratis zur Verfügung.

[401.]

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Dermatolog. Lanolin-Kautschuk-Pflaster „Marke König“

[361]

(aus patent. Lanolin B. J. & D.)

mit Zinkoxyd, Zinkoxyd und Salicylsäure, Quecksilber, Quecksilber und Carbolsäure, Jodoform, Ichthyol, Chrysarobin, Tumenol, Salicylsäure, Borsäure etc. etc.:

von ausserordentlicher Klebkraft, auf mit Kautschuk imprägnirten und dadurch für Hautdunst impermeabel gemachten Shirting gestrichen, mit überstehender, leicht abziehbarer Gaze, nach Unna's Princip mit wenig indifferenten Pflastermasse, **30—40% billiger** als die Pflaster auf Guttapercha-Mull, welche leicht brüchig werden.

Kautschuk-Heftpflaster „Marke König“

Klebkraft und Haftbarkeit unerreicht, auf Shirting und auch auf Segeltuch zu Extensionsverbänden.

Man erhält die Pflaster in allen Apotheken durch den Zusatz
„Marke König“.

Den Herren Aerzten und Krankenhäusern stehen Proben gern zur Verfügung.

Laboratorium der Hofapotheke Bückeburg.

Georg König.

Die Chemie im täglichen Leben. Gemeinverständliche Vorträge von Dr.

Lassar-Cohn, Universitätsprofessor zu Königsberg i. P. Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 21 Abbildungen. 1897. Preis gebunden M. 4.—.

===== Erscheint im Januar oder Anfang Februar. =====

In knapper und anregender Form behandelt Verfasser alle auf chemischen Prozessen beruhenden Vorkommnisse, über deren Wie und Warum die wenigsten auch nur einigermaßen unterrichtet sind. Wo sich Gelegenheit bietet, werden weiter ausgreifende Erklärungen angeschlossen, so z. B. über Exportprämien (bei der Zuckerrübe), über Bimetallismus, Patentwesen etc. etc. — Die starke erste Auflage wurde innerhalb eines Jahres vollständig verkauft: Der zwingendste Beweis für die Trefflichkeit des Buches. Ausführlicher Prospekt mit zahlreichen Rezensionen steht zu Diensten.

Arbeitsmethoden für organisch - chemische Laboratorien. Von Dr. Lassar-Cohn (Königsberg). Zweite, vermehrte und verbesserte Aufl. Mit 42 Figuren im Text. 1893. M. 7.50.

„Das Werk ist eine in jeder Hinsicht erfreuliche Erscheinung“ — „es muss sowohl dem geübten Forscher als auch dem Lehrenden und Lernenden willkommen sein“ — „dürfte geeignet sein, auch geübten Praktikern Anregung zur Erleichterung eines oder des andern von ihnen angewandten Verfahrens zu geben.“

Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln, Gebrauchsgegenständen und Handelsprodukten, bei hygienischen und bakteriologischen Untersuchungen, sowie in der gerichtlichen und Harn-Analyse. Von Dr. Fritz Elsner. Sechste, durchaus umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage. Mit 169 Abbildungen und zahlreichen Tabellen. 1895. M. 12.50, gebunden M. 14.50.

Wenn etwas die Brauchbarkeit eines Buches beweisen kann, so ist es wohl der Umstand, dass, wie es bei dem vorliegenden Werke der Fall ist, bereits die 6. Auflage innerhalb 15 Jahren erscheinen konnte Es bildet diese Werk ein ausserordentlich schätzbares und wertvolles Nachschlagebuch nicht bloss für Chemiker, Apotheker und Ärzte, sondern es vermag sich mittelst desselben auch mancher intelligenter Industrieller Aufklärung über verschiedene Produkte zu verschaffen
(Zeitschrift für Nahrungsmitteluntersuchung etc. (Wien), 1895. No. 14.)

Technik der Experimentalchemie. Anleitung zur Ausführung chemischer Experimente für Lehrer und Studierende, sowie zum Selbstunterricht. Von Professor Dr. Rudolf Arendt. Zweite, umgearbeitete Auflage. Mit 780 Abbildungen und einer Figurentafel. 1892. Preis brosch. M. 20.—, geb. M. 22.50.

„Die Arendtsche Technik der Experimentalchemie ist ein ganz vorzügliches Werk; es ist einzig in seiner Art und durch die zahlreichen instruktiven Abbildungen zugleich ein Prachtwerk“.
(Direktor Kohn in den Pädag. Blätt.)

===== Hervorragendes, gediegenes Geschenkwerk! =====



Andreas Saxlehner,
Budapest,

kais. und kön. Hoflieferant.

Besitzer der altbewährten „Hunyadi János Quelle.“

Saxlehner's Bitterwasser

ist als das *BESTE BEWAHRT* und ärztlich empfohlen.

Anerkannte Vorzüge:

Stets prompte, verlässliche, milde Wirkung.

Leicht und ausdauernd vertragen. — Milder Geschmack. —

Gleichmässiger, nachhaltiger Effect. — Geringe Dosis.



Mehr als 500 Gutachten
ärztlicher Celebritäten bezeugen
seinen eminenten Heilwerth.

Analysirt
und
begutachtet
durch
Siebig,
Bunsen,
Fresenius,
Ludwig.

Auf jeder Etiquette der echten
Hunyadi János-Quelle
befinden sich die Firma und im
rothen Mittelfelde der Namenszug

Andreas Saxlehner

Zum Schutze gegen irreführende Nachahmung

werden die Freunde echter Hunyadi János-Quelle gebeten, stets

„Hunyadi János.“
Einzig in seiner Art.

Saxlehner's Bitterwasser

Käuflich in allen
Apotheken und
Mineralwasserdepôts.

in den Depôts zu verlangen und Nachahmungen zurückzuweisen.

W. MIELCK

Schwan-Apotheke Hamburg

empfiehlt

Gelanthum nach Dr. Unna

D. R. G. 10 780

neue, ideale Grundlage für wasserlösliche Hautfirmisse,

rasch trocknend

(s. Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 73, Jahrg. XVII)

ferner:

Dünndarm-Pillen,	Hautleime,
Salbenmulle,	Pflastermulle,
Ueberfettete Seifen,	Sapo Hydrarg.

sowie sämtliche übrigen Präparate nach
Dr. Unna.

Valentine's Meat Juice

Generaldepot für Deutschland.

*Proben sämtlicher Präparate stehen den Herren
Ärzten gratis und franko zur Verfügung.*



Liquor adhaesivus Dr. Schiff „Filmogen“.

Ein neues, nach Angabe von Dr. Schiff, Docent für Hautkrankheiten an der k. k. Wiener Universität, dargestelltes Vehikel, zur Aufnahme aller in der Dermatotherapie angewendeten Arzneistoffe und deren bequemen und eleganten Application auf die Haut.

Vielfache, an den verschiedenen Wiener Kliniken damit angestellte Versuche fielen sehr befriedigend aus und haben sich hierüber auch die Herren Professoren Kaposi, Lassar und Dr. Unna gelegentlich des diesjährigen internationalen Dermatologen-Congresses in London sehr anerkennend ausgesprochen.

„FILMOGEN“

sowie Lösungen von Salicylsäure, Ichthyol, Resorcin, Chrysarobin, Pyrogallol, Cocain, Theer etc. etc. zu 5 oder 10 %, werden als „Salicylfilmogen“ — „Ichthyolfilmogen“ — „Resorcinfilmogen“ etc. dargestellt in der

Apotheke „zum König von Ungarn“

des

Carl Brady in Wien 1/I Fleischmarkt 1.

Haupt-Depôt für Deutschland: Apoth. G. Henke, Berlin W., Charlottenstr. 54.

Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis.

Von

Prof. Dr. **R. Bergh** (Kopenhagen).

M. 6.—.

Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie.

Von

Prof. Dr. **Ernst Schwimmer** (Budapest).

M. 2.40.

Dr. **Karl Szadek** (Kiew):

Index Bibliographicus Syphilidologiae.

I—V, enthaltend die Litteratur der Jahre 1886—1890.

Preis je M. 1.50.

Dr. **Karl Szadek** (Kiew):

Index Bibliographicus Dermatologiae.

I u. II, enthaltend die Litteratur der Jahre 1888 resp. 1889.

Preis je M. 1.50.

Klinische Vorlesungen über Syphilis.

Von

Prof. Dr. **E. von Düring** (Konstantinopel).

M. 6.—.

Prostitution und Abolitionismus.

Briefe von

Dr. B. Tarnowsky,

Professor an der medizinischen Akademie in St. Petersburg.

M. 5.—.

Leprastudien.

Von

Prof. Dr. **E. Baelz** (Tokio), Prof. Dr. **E. Burow** (Königsberg),

Dr. **P. G. Unna** (Hamburg), Dr. **A. Wolff** (Strassburg).

Mit 9 Abbildungen in Lichtdruck.

M. 6.—.

Vasogen



emulgirende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind Lösungsmittel für verschiedene Medicamente, wie **Jodoform**, **Jod** etc. Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äusserlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (durch Harn-Analysen erwiesen) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 1/2 u. 3 %	Jod 3, 6 u. 10 %	Kreosot 5, 20 u. 33 1/3 %
Guaiajol 20 %	Ichthyol 10 %	Creolin 15 u. 50 %
Eucalyptol 20 %	Salicyl 2 %	Menthol 25 u. 2 % etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgirende und die meisten Medicamente lösende oder in feinster Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die heraus leicht von der Haut resorbirbaren 33 1/3 % und 50 % **Hg.-Vasogensalben** sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Tannoform.

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form von Streupulver und 10%oiger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmkatarrhen** in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich liefert

E. MERCK, Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

— Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —

Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller Separatabzüge, Dissertationen, Monographien u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, erbeten. Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — außer an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzler in Bremen, Am Dom 6, eingesandt werden.



als Heilquelle seit Hunderten von Jahren bewährt in allen Krankheiten der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane**, bei Gicht, Magen- und Blasenkatarrh. Vorzüglich für Kinder, Reconvalescenten und während der Gravidität.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI

Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.

FRANZENSBAD. Wien. BUDAPEST.

Mattoni's Kurort Giesshübl Sauerbrunn

bei KARLSBAD in Böhmen.

Trink-, Kur- und Wasser-Heilanstalt.

Pneumatische und Inhalations-Kuren.

Für Nerven- und Brustkranke, Reconvalescenten,
Katarrhe, Rheumatismus etc.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut. Von JAMES C. KELLOGG. (Mit Tafel VIII.) S. 233. — Über die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten. Von SIEGMUND WERNER. (Schluß.) S. 244.

Versammlungen. Dermatologische Gesellschaft von Großbritannien und Irland. S. 269. — Londoner dermatologische Gesellschaft. S. 271. — Russisch-Syphilitologische und dermatologische Gesellschaft. S. 273.

Besprechungen. POSNER, Diagnostik der Harnkrankheiten. S. 275. — F. GRIMM, Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden. S. 275. — H. OPPENHEIM, Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. S. 276. — H. DONNER, Über Spätformen von angeborener Syphilis in Form einer Kasuistik. S. 277. — ERNEST FINGER, Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. S. 277. — J. STARTIN, Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut. S. 278.

Mitteilungen aus der Litteratur. Pharmakologie. S. 278. — Akute Exantheme. S. 281.

Verschiedenes. S. 287.

Antinosis 280. 281.

Bäder, Warme, bei den Infektionskrankheiten der Kinder 282.

Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen 277.

Chrysarobin und Chrysophansäure 269.

Dermatitis herpetiformis 272.

Dermatologie, Vorteile aus dem Studium der 287.

Ekzem, Chronisches recidivierendes 271.

Erythema multiforme 271.

Fall zur Diagnose 272.

Favus der Kopfhaut 272.

Fingerhutekzem 269.

Formaldehydgelatine 279.

Gummata, Tuberkulöse 273.

Harnkrankheiten, Diagnostik der 275.

Hautexantheme, Mischinfektion akuter 281.

Hautkrebs, Multipler 273.

Hauttransplantationen, Neue Methode der Herbeschaffung von Material für 288.

Hebrasalbe, Ranzidität der 273.

Impffarben, Prognostischer Wert der 287.

Impfschäden, Impfexantheme und nach Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen 285.

Impfung, Die, vor der württembergischen Abgeordnetenversammlung und die Erfolge der Aufhebung des Impfweges in der Schweiz 286.

Jodoformlin 279.

Krebsartige Affektion der Unterlippe (Gumma) 274.

Ledermanns Poliklinik für Hautkrankheiten 283.

Lichen planus 270. 273.

— hypertrophicus 272.

— ruber oder Pityriasis rubra pilaris 270.

— simplex 273.

Lupus erythematosus 272.

Molluscum fibrosum und excessive Pigmentation 272.

Morphoea 271.

— Symmetrische 271.

Nomenklatur der Syphilis und der venerischen Krankheiten 274.

Nosophen 279. 280.

— als Ersatzmittel des Jodoform 280.

— Wirkungen und Verhalten im Tierkörper 279.

Nosophengaze, Dreiprongente 280.

Pemphigus der Conjunctiva 270.

Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut 278.

Pityriasis rosea 271.

Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen 233.

Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten 286.

Sterblichkeit und Häufigkeit hereditärer Syphilis bei Kindern der Prostituierten 244.

Syphilis congenita tarda 277.

— Behandlung nach den gegenwärtig üblichen Methoden 275.

— Fliegende Abteilungen im Kampf mit der 275.

— mit stark vertieften Narben 272.

— Untersuchung der Wehrpflichtigen als Mittel im Kampf gegen die 275.

Syphilitische Erkrankungen des Gehirns 276.

Typhusexanthem, Varietäten des 281.

Vaccinationsanstalt, Mitteilungen aus der Kopenhagener 286.

Vaccine-Erzeugung, Aufbewahrung und Anwendung 287.

Vaccinia generalisata 270.

Varicellen, Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei 282.

— Zwei Todesfälle bei 282.

Variola 282.

— Epidemie in Bern 283.

— Epidemie in Marseille 281.

— Zur Kontagiositätsfrage der 283.

— Sterblichkeit in Bayern 1857–92 S. 283.

— Das spezifische Infektionsagens der; Erzeugung künstlicher Immunität 284.

— Bedeutung der Krankenpflege bei 284.

Xerodermia, Kongenitale 271.

— pigmentosa 270.

Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung 286.

Ausschließliche Inseraten-Annahme durch
Annoncen-Bureau Karl Wipplinger, Berlin SW., Dessauerstr. 39/40.

Autoren-Register.
(* bedeutet Original-Artikel).

Abraham 270.	Galloway 271.	v. Noorden 280.	Smith 269.
v. Arx 283.	Grimm 275.	Oppenheim 276.	Sonnenberger 279.
Berliner 288.	Hersenstein 275.	Paulow 274.	Startin 278.
Bins 279.	Jäger 286.	Payne 269. 270.	Steiner 282.
Boehm 283.	*Kellogg 233.	Pernet 270.	Sternberg 284.
Bondesen 286.	Korowin 273.	Petersen 274.	Stowers 271.
Bosc 282.	Kruse 281.	Posner 275.	Voigt 285.
Bourneville 281.	Liven 280.	Pringle 272.	Wälsch 269.
y Busdraglie 279.	Löhr 282.	Pye-Smith 271.	Wassermann 282.
Caesfy 271.	Lusk 288.	Raymond 287.	*Werner 244.
Dieterich 278.	Mackenzie 272. 287.	Samter 281.	Weyland 279.
Donner 277.	Martin 287.	Seifert 279.	Witte 286.
Dreyer 280.	Morris 272.	Singer 281.	Zuntz 279.
Finger 278.	Noack 280.		

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.

Im Gebrauch wesentlich billiger als Jodoform! Geruchlos, ungiftig, stark antibacteriell! Keine Ekzeme!

Proben und Litteratur durch die Chemische Fabrik von HEYDEN, Radebeul-Dresden.

W. MIELCK

**Schwan - Apotheke
Hamburg**

empfiehlt

Gelanthum nach Dr. Unna

D. R. G. 10 780

neue, ideale Grundlage für wasserlösliche Hautfirnisse,

rasch trocknend

(s. Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 73, Jahrg. XVII)

ferner:

Dünndarm-Pillen,	Hautleime,
Salbenmulle,	Pflastermulle,
Ueberfettete Seifen,	Sapo Hydrarg.

sowie sämtliche übrigen Präparate nach Dr. Unna.

Valentine's Meat Juice

Generaldepot für Deutschland.

*Proben sämtlicher Präparate stehen den Herren
Ärzten gratis und franko zur Verfügung.*



Unguentum Caseini

D. R.-P.

Sterilisierte, wasserlösliche Fettsalbengrundlage für **trocknende Salben**, empfohlen von Herrn **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XX, No. 6, als **Basis von Zink-, Zink-Schwefelsalben** gegen Gesichtseczeme, Rosacea, Acne, von **Theer- und Ichthyol-salben** gegen juckende Dermatosen, von **Perubalsamsalben** gegen Scabies, ferner als **reizloses Deckmittel** bei diversen Hautkrankheiten.

— Proben gratis und franco. —

Aromatische

Kali chloricum-Zahnpasta

(jetzt ungefärbt)

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis

in Tuben à Mk. 1,—.

Guttaperchapflastermulle — Salbenmulle
Überfettete Seifen — Zinkleim
Suspensorien — Comedonenquetscher
Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika

bei **Lehn & Fink, New York.**

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut.

Von

Dr. JAMES C. KELLOGG, New Orleans, U. S. A.
Volontär-Assistent des dermatologischen Laboratoriums und der Klinik.

(Mit Tafel VIII.)

Resorcin, im Jahre 1863 von HLASIWETZ und BARTH in Wien als Zersetzungsprodukt verschiedener Umbelliferenharze durch Zusammen-schmelzen mit Kalium entdeckt, wurde später im Jahre 1868 synthetisch aus Metajodphenol und Kalium durch KÖRNER dargestellt.

Das Resorcin gehört der Phenolgruppe an, hat die Formel $C_6H_6O_2 = C_6H_4(OH)_2$ (Metadioxybenzol), ist isomer mit zwei anderen Gliedern dieser Gruppe, dem Brenzkatechin und dem Hydrochinon, und kann wie diese durch Substitution eines Wasserstoffatoms durch einen Wasserrest (OH) in Phenol aus letzterem erzeugt werden. Es ist in Wasser, Weingeist und Äther leicht löslich, bei 99° schmelzend, bei 100° sublimierend und bei 271° siedend und bildet farblose Tafeln oder Prismen.

Die Einführung und Anwendung des Resorcins in der medizinischen Praxis geschah zuerst ungefähr zehn Jahre nach seiner Entdeckung durch ANDEER, der seine Eigenschaften durch physiologische und therapeutische Experimente genau feststellte und das Mittel als Therapeuticum auf das Wärmste empfahl. Als Heilmittel in der internen Medizin und in der Chirurgie wurde es vielfach gebraucht, wurde aber nach und nach wegen seiner toxischen Nebenwirkungen und seiner Unfähigkeit, besonders als Antisepticum mit anderen dieser Klasse angehörenden Mitteln zu konkurrieren, verlassen. Erst später und diesmal wieder durch ANDEER eroberte es sich einen wichtigen Platz in der Dermatotherapie; hier wurde es von ihm in Pulverform als Causticum bei tuberkulösen und syphilitischen Geschwüren, als

externes Mittel als Ätzkristall oder in Salbenform bei hartem und weichem Schanker, bei akut infektiösen Hautkrankheiten, Rhagaden, Verbrennungen verschiedenen Grades, Verletzungen mit Hautdefekt, da es rasch und ohne Bildung von Narbengewebe zur Heilung führte, angewandt. PÉRIER empfahl es in Lösung bei varikösen und skrophulösen Geschwüren. NUSSBAUM, IHLE, RUBINO und DEMME wandten das Resorcin in der Hauttherapie mit sehr gutem Erfolge an, z. B. bei Blattern, Sykosis, Haarschwund, Keloid, Epitheliom, Trichophytie und Ekzem. Beinahe zu derselben Zeit stellte UNNA Versuche und Experimente an, um die genaue Wirkung dieses Medikamentes auf der Haut zu studieren und festzustellen. Auf Grund dieser Versuche und gleicher Untersuchungen mit einigen anderen Medikamenten stellte er seine Gruppe der reduzierenden Arzneimittel auf, wozu auch das Resorcin gehört. Er nannte dieselben reduzierende Arzneimittel, da sich ihm eine ihrer Hauptwirkungen als eine Sauerstoffentziehung, also eine Reduktionswirkung darstellte. Zuerst in seiner Arbeit über Überhäutung und Überhornung (Dermatoplasie und Keratoplasie)¹ wies er auf die hervorragende Bedeutung dieser Klasse von Arzneimitteln hin, von denen einzelne schon seit längerer Zeit sowohl pharmakologisch untersucht, wie auch praktisch in Gebrauch sind. Ich erlaube mir an dieser Stelle einige Auszüge aus seiner vortrefflichen und bahnbrechenden Arbeit,² „Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel“ anzuführen:

„Diese Sauerstoffentziehung ist nun bei einigen derselben ein chemischerseits längst nachgewiesener, von ihrem Wesen untrennbarer Vorgang, so bei dem Schwefelwasserstoff, dem Pyrogallol, Chrysarobin, dem Zucker. Bei anderen Mitteln derselben Klasse steht der exakte Beweis noch aus, trotzdem besteht nach dem Ergebnis ihrer klinischen Anwendung gar kein Zweifel, daß dieselben ebenfalls und zwar sehr wichtige Reduktionsmittel in unsern Händen sind, so die ichthyolsauren Salze, das Resorcin. Die Wirkung bei der Applikation auf die äußere Haut wird bei allen diesen Substanzen nach drei Kategorien zu erörtern sein, zunächst ihre Wirkung auf die unverletzte Haut, sodann diejenige auf die bloßgelegte Cutis und endlich ihre auf die in der Haut schmarotzenden Parasiten.“

Speziell über Resorcin sagt UNNA in derselben Arbeit:

„Charakterisieren wir seine Stellung im allgemeinen, so haben wir es als ein reduzierendes Mittel kennen gelernt, welches an Intensität der Wirkung etwa die Mitte hält zwischen Schwefel und Ichthyol auf der einen, Pyrogallol und Chrysarobin auf der anderen Seite. Vor allen hat es gewisse negative Vorzüge, den Mangel schädlicher Nebenwirkungen, und ist aus diesem Grunde besonders geeignet für die ambulatorische Behandlung einiger hartnäckiger Hautleiden, besonders des Gesichts.“

Da ich schon seit langer Zeit Gelegenheit hatte, die Anwendung des Resorcins in der UNNASchen Privatklinik zu verfolgen, wird es, ehe ich zur Beschreibung meiner histologischen Untersuchungen über Resorcin

¹ Berl. klin. Wochenschr. 1883. No. 35.

² Dermat. Studien. II. Heft.

übergehe, am Platze sein, diejenigen Hautkrankheiten zu erwähnen, bei welchen das Resorcin von UNNA angewandt wird, und danach kurz die verschiedenen Formen und Methoden der Anwendung mitzuteilen.

Es wird gebraucht bei den verschiedenen Parakeratosen, der trockenen Seborrhoe des Kopfes und dem seborrhoischen Ekzem, Psoriasis, juckenden Ekzemen, dem Eccema psoriiforme, Sykosis, Narben, Erysipel, Epitheliom, Akne vulgaris, Alopecia pityrodes und endlich bei der „Schälkur“, die wegen ihrer wichtigen Rolle in der Kosmetik eine besondere Besprechung verdient.

Als Form und Methode der Anwendung wird Resorcin in schwacher und starker Dosis gebraucht, erstere, wo eine schnelle Verhornung der Epithelzellen erwünscht wird, um die Bildung einer Hornschicht, letztere, um einen Zerfall und eine Erweichung der Oberhaut herbeizuführen; also die schwache Dosis bei Krankheiten, die eine Erweichung und Schwund der Hornschicht herbeigeführt haben, die starke Dosis, wo die krankhaften Veränderungen der Oberhaut in hyperplastischen Verdickungen bestehen. Ob man schwache oder starke Dosen gebraucht, stets muß man Acht darauf geben, daß die Anwendung nicht zu weit getrieben wird, um einerseits die gewünschte Neubildung einer fehlenden Hornschicht nicht bis zu übermäßiger Trockenheit, Sprödigkeit der Haut- und Rhagadenbildung zu treiben, andererseits nach Beseitigung der hyperplastischen Verdickungen der Oberhaut Ödem, Blasenbildung und eiterige Entzündung des Papillarkörpers zu vermeiden.

Als Formen der Anwendung des Resorcins werden folgende benutzt: Salben, einfache oder zusammengesetzte mit Ichthyol, Zink, Salicylsäure (Unguentum Resorcini compositum), Puder, Pasten, spirituose Lösungen, Dunstverband, letzterer als PRIESSNITZscher Umschlag mit Durchtränkung der Verbandstoffe mittelst einer wässrigen 1—2%igen Resorcinlösung, welcher besonders empfehlenswert bei nässenden Ekzemen des Kinderkopfes, wie überhaupt für Ekzeme der verschiedenen Körperteile ist. Ferner als Salbenmulle und Pflastermulle, die letzteren besonders, wo gleichzeitig eine impermeable Bedeckung gewünscht wird. Als letzte Form möchte ich hier die sog. „Schälpaste“ erwähnen, die bei der Behandlung der Schönheitsfehler so unentbehrlich geworden ist. Sie besteht aus Pasta Zinci und Resorcin. Um die Wirkung des Resorcins zu erhöhen und den Abfall der Hornschicht zu befördern, kann etwas Salicylsäure (1—5%) zugesetzt werden. Die Paste wird jeden Tag eingerieben; gewöhnlich genügen vier Tage, um eine Abschälung zu erzielen. Sobald die Haut zu schälen anfängt, wird Zinkleim oder Zink-Salbenmull appliziert. Auf diese Weise kann eine Reihe von Schälungen hintereinander vorgenommen werden.

Neben seinen klinischen Untersuchungen über die reduzierenden Mittel

stellte UNNA neuerdings auch mit seinen Schülern eingehende histologische an. FRICKENHAUS³ arbeitete über Karbolsäure, BUCK⁴ über Pyrogallol und HODARA⁵ über Salicylsäure. Die Resultate dieser drei Arbeiten stimmen im allgemeinen mit den von UNNA früher aus den klinischen Thatsachen abstrahierten pathologischen Vorstellungen überein; UNNA hatte die pathologischen Veränderungen, verursacht durch Einwirkung der verschiedenen Reduktionsmittel auf die Haut, folgendermaßen beschrieben:

„Die schwache Einwirkung zeigt sich zunächst in einer Veränderung der Hornschicht. Dieselbe wird dicker, dichter und härter. Während die Verhornung ungewöhnlich rasch in die Tiefe steigt, werden viele Reihen unverhornter Stachelzellen der normalen Hornschicht hinzugeführt und höchstwahrscheinlich im selben Maße durch Neubildung von der untersten Stachelzellenlage her ersetzt. Wirken schwache Dosen der Reduktionsmittel längere Zeit gleichmäßig ein, so kommt es schließlich zu einer Scheidung innerhalb der Hornschicht in eine obere, mehr oder weniger dunkle, abgestorbene Partie, die der ursprünglichen, von dem Mittel sofort durchdrungenen lockeren Hornschicht entspricht, und eine untere, hell gefärbte, welche unter dem Einfluß des Mittels aus der Stachelschicht inzwischen neugebildet ist. Die Trennung zwischen beiden vollzieht sich meist leicht, und mühelos ziehen wir in völliger Kontinuität und papierdicker Schicht die alte Hornschicht ab. In innigem Konnex mit der oben erwähnten Erscheinung steht eine andere, welche bisher nicht genügend mit den Vorgängen an der Oberhaut in Zusammenhang gebracht wurde, nämlich die Pustulation. Das Auftreten von Pusteln und speziell von Follikulitiden an der Haut pflegt man mit Unrecht bisher allein an eine perifollikuläre Eiterung zu knüpfen. Diese ist allerdings notwendig dazu. Ebenso sehr gehört jedoch zur Erscheinung der Pustulation ein abnormer Verschluss der Follikelmündungen mit Hornschicht... Greift die Wirkung der reduzierenden Mittel in schwacher Dosis in die Tiefe, so finden wir einen Einfluß auf die Blutgefäße, den wir kurzweg als einen „verkleinernden“ bezeichnen wollen....

Die starke Einwirkung unserer Mittel auf die fertige Hornschicht allein ist nicht verschieden von derjenigen der schwachen. Es tritt allerdings viel rascher als bei jener eine Verdickung, Verdichtung und Eintrocknung der Hornschicht zu einer pergamentähnlichen Membran ein, und mit dieser sistiert die Einwirkung. Soweit die Hornschicht allein in Betracht kommt, ist also das Resultat bei schwacher und starker Einwirkung dasselbe.“

Bei intensiver Einwirkung treten andere Vorgänge auf, die UNNA bezeichnet als

„eiterige Erweichung des Papillarkörpers mit der Stachelschicht auf der einen Seite und eine anscheinend inadäquate Festigkeit der überlagernden Hornschicht auf der andern.“

Einen weiteren Effekt starker Dosen der reduzierenden Mittel giebt UNNA an als:

³ FRICKENHAUS, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carboлицum liquefactum auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXII. Band. 1896.

⁴ BUCK, Histologie der Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Band XXI. 1895.

⁵ HODARA, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXIII. Band. 1896.

„Eine erhebliche Erweichung des kollagenen Gerüsts der Cutis.“

Um nun die Kette der histologischen Einwirkungen der reduzierenden Arzneimittel auf die gesunde Haut noch vollständiger zu machen, schien es mir von Interesse zu sein, auch die Einwirkung des Resorcins auf die gesunde Haut histologisch zu untersuchen.

Hierzu bedurfte ich zunächst eines zuverlässigen Materials an resorcinierter Haut. Ich behandelte mit verschiedenen Resorcinpräparaten die Haut des Kaninchenohrs, des Ohres vom Meerschweinchen und die Haut der Streckseite des eigenen Vorderarmes. Als hauptsächlichstes Versuchsobjekt diente mir das Kaninchenohr, auf welches ich Resorcin in verschiedenen Dosen in Form von spirituösen und ätherischen Lösungen, von Kollodiumfirnis und Pflastermull applizierte. Da sich hierbei herausstellte, daß die spirituöse Lösung und der Pflastermull am energischsten einwirkte, begnügte ich mich beim Meerschweinchen und der eigenen Haut mit der Einwirkung des Pflastermulls. Folgendes sind die genaueren Daten dieser Versuche.

I. Versuch. Die innere Fläche eines Kaninchenohres wurde glatt rasiert, gereinigt und innerhalb zweier Tage zweimal täglich einmal mit einer 50%igen spirituösen Resorcinlösung mittelst eines Wattebausches betupft. Nach 48 Stunden wurde die so behandelte Hautpartie excidiert.

Makroskopisch zeigte sich eine minimale dunkle Verfärbung der Hornschicht. Schwellung und Rötung waren nicht vorhanden. Das so excidierte Hautstück wurde in gewöhnlicher Weise nach Härtung in Alkohol in Celloidin eingebettet und geschnitten.

Färbungen: 1. Hämatoxylin, Entfärbung mit einer 1%igen HCl-Alkohollösung; 2. polychrome Methylenblaulösung, Entfärbung mit Glycerinäthermischung; 3. Karbol-fuchsin, Entfärbung mit Tanninorangelösung; 4. Säurefuchsin-Pikrinfärbung; 5. polychrome Methylenblaulösung — neutrale Orceinlösung; 6. polychrome Methylenblaulösung — konzentrierte Tannin-Anilinlösung; 7. saures Orcein — polychrome Methylenblau-Tauninorangelösung; 8. Van Gieson; 9. polychrome Methylenblaulösung — Anilin-alaunlösung.

II. Versuch. Auf die glatt rasierte und gereinigte innere Fläche eines Kaninchenohres wird innerhalb zweier Wochen 14 mal, täglich einmal, eine 50%ige spirituöse Lösung von Resorcin eingegeben.

Makroskopisch war eine geringe dunkle Verfärbung der Hornschicht wahrnehmbar. Keine Schwellung und keine Rötung. Nach zwei Wochen wurde das so eingegebene Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie beim Versuche I.

III. Versuch. Auf die, wie oben erwähnt vorbereitete innere Hautfläche eines Kaninchenohres wird innerhalb zweier Tage zweimal, täglich einmal, eine 20%ige Lösung von Resorcin in Kollodium gepinselt.

Makroskopisch war eine leichte dunkle Verfärbung der Hornschicht. Abwesenheit von Schwellung und Rötung. Das behandelte Hautstück wurde nach 48 Stunden excidiert in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

IV. Versuch. Auf dieselbe, wie oben erwähnt vorbereitete Hautfläche eines Kaninchenohres wird innerhalb dreier Tagen dreimal, täglich einmal, eine 50%ige

Lösung von Resorcin in Äther gestrichen. Makroskopisch zeigte sich eine kaum nennenswerte dunkle Verfärbung der Hornschicht ohne Schwellung und Rötung.

Nach drei Tagen wurde das bestrichene Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

V. Versuch. Auf die, wie oben erwähnt vorbereitete, innere Hautfläche eines Kaninchenohres wird während dreier Wochen ein Stückchen eines Resorcinpflastermulls von 20,0 g gelegt. In der Zeit wurde täglich oft nachgesehen, daß der Pflastermull fest auflag. Nach drei Wochen wurde der Pflastermull abgenommen. Makroskopisch zeigte sich eine dunkle Verfärbung der Hornschicht. Schwellung und Rötung waren nicht vorhanden. Nach drei Wochen wurde das behandelte Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

VI. Versuch. Auf die glatt rasierte und gereinigte innere Ohrenfläche eines Meerschweinchens wird während einer Woche ein Stückchen Resorcinpflastermull (20,0) gelegt. In der Zeit wurde täglich öfter nachgesehen, daß der Pflastermull fest auflag. Nach sieben Tagen wurde das Pflastermullstück abgenommen, wobei makroskopisch eine dunkle Verfärbung ohne Schwellung und ohne Rötung sich zeigte. Nach sieben Tagen wurde das behandelte Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Die oben erwähnten Schnittfärbungen werden vorgenommen.

VII. Versuch. Vier Tage dauernde Applikation von Resorcinpflastermull (20,0) auf eine glatt rasierte und mit Äther abgewaschene Hautstelle der Streckseite meines linken Vorderarms.

Nach vier Tagen wurde der Pflastermull abgenommen, wobei makroskopisch eine geringe dunkle Verfärbung der Hornschicht ohne Schwellung und Rötung sich zeigte. Excision der behandelten Hautstelle unter Chloräthyl-Anästhesie. Härtung in Alkohol, Einbettung in Celloidin und Schnittfärbungen wie oben.

VIII. Versuch. Acht Tage dauernde Applikation von Resorcinpflastermull (20,0) auf eine glatt rasierte und mit Äther abgewaschene Hautstelle der Streckseite meines linken Vorderarms. Nach acht Tagen folgte das Abnehmen des Pflastermulls. Makroskopisch zeigte sich mäßige dunkle Verfärbung der Hornschicht ohne Schwellung und Rötung. Die so behandelte Hautstelle wurde, unter Chloräthylanästhesie, excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

Die histologischen Befunde dieser acht Fälle von künstlicher Resorcinierung der Haut sind so einfach und gleichartig, daß wir dieselben in einer Übersicht zusammenfassen können.

Die Einfachheit wird hauptsächlich dadurch erzeugt, daß der ganze durch das Resorcin gesetzte pathologische Prozeß sich in dem schmalen Bezirk der Oberhaut und des Papillarkörpers abspielt. Nur selten erstreckt sich eine geringe Auswanderung von Leukocyten bis zu den tiefer liegenden Hautgefäßen. Dagegen bleibt bei der Resorcinierung die eigentliche Cutis mit ihren Bindegewebszellen verschont. Die Blut- und Lymphgefäße sind nicht über die Norm erweitert, das Bindegewebe ist nicht ödematös und die Zellen zeigen nicht jene hypertrophischen Veränderungen, welche in starker Ausbildung bei der Pyrogalloldermatitis, in schwächerer bei der Salicyl-dermatitis auftreten. Auch ein koagulierender, zur Stase und Thrombose führender Einfluß auf den Inhalt der Blutgefäße, wie er die

Karbolwirkung charakterisiert, kommt bei der Resorcinierung nicht vor. Die Auswanderung von Leukocyten hält sich in noch mäßigeren Grenzen als bei der Salicylsäure und es kommt niemals zu einer starken Eiterung wie beim Pyrogallol. Die Erweichungsprozesse (Kolliquation des Epithels, Erweichung des kollagenen Gewebes, Nekrose), welche die höheren Grade der Pyrogalloldermatitis kennzeichnen, konnte ich auch durch stärkste Resorcinierung nicht erreichen.

Es folgt hieraus, daß die hin und wieder beim Menschen auftretenden Blaseerscheinungen mit starker Rötung und Schwellung nicht zu den regulären Folgen der Resorcinanwendung gehören und eine besondere Idiosynkrasie gegen das Mittel voraussetzen.

Um so wichtiger sind die bei allen gewonnenen Präparaten sichtbaren Veränderungen der Oberhaut. Dieselben gehen auch nicht über den Rahmen derjenigen Erscheinungen hinaus, welche wir bei Einwirkung der übrigen Phenole (Karbolsäure, Salicylsäure, Pyrogallol) an der Oberhaut wahrnehmen, aber sie finden sich hier reiner, ohne die Komplikationen, welche die Anwendung der letztgenannten Mittel auszeichnet.

Im ganzen und großen können wir drei verschiedene Grade der Einwirkung des Resorcins auf die Oberhaut unterscheiden.

Der geringste Grad wurde erzielt durch dreimalige Applikation von Resorcinäther (50%) auf das Kaninchenohr (Fall IV) und von Resorcinpflastermull auf das Ohr des Meerschweinchens (Fall VI). Es kommt nur zu einer eben wahrnehmbaren Verdickung der Hornschicht; diese blättert nicht ab und ist nicht in verschiedene Lagen gespalten. Das Eindringen des Resorcins in die Tiefe macht sich nur durch ein stellenweises Verschwinden der Körnerschicht geltend. Beim Meerschweinchen, welches normalerweise eine sehr dicke Körnerschicht besitzt, bleibt diese erhalten und wird gleichsam nur um einige Lagen nach abwärts gedrängt, während die Stachelschicht um ebenso viele Zelllagen verdünnt ist. Die Stachelschicht ist sonst unverändert. Es findet sich keine Spur von Leukocytauswanderung in der Cutis.

Eine mittleren Grad der Resorcinierung erhielt ich durch zweimalige Applikation von 50%igem Resorcinspiritus (Fall I), ebenso von 20%igem Resorcinollodium (Fall III) und von Resorcinpflastermull (20) auf das Kaninchenohr (Fall V) und von Resorcinpflastermull (20) auf die menschliche Haut (Fall VII).

In allen diesen Fällen bleibt es nicht bei einer Verdickung der Hornschicht stehen, sondern dieselbe blättert in verschieden dicken Lamellen ab, was wohl durch eine größere Trockenheit und Sprödigkeit bedingt wird. Wichtiger aber ist das Auftreten einer neuen Schicht unterhalb der alten, resorcinirten Hornschicht, welche dieselbe oder eine größere bis doppelt so große Breite besitzt. Bei bloßer Kernfärbung,

d. i. bei den Hämatoxylinpräparaten, macht diese Schicht zunächst den Eindruck einer gewöhnlichen Hornschicht, in welcher nur die stäbchenförmigen Kerne erhalten geblieben sind. Bei näherer Untersuchung und besonders, indem man die Übergänge dieser Schicht in die benachbarten Partien der nicht resorcinirten Oberhaut ins Auge faßt, bemerkt man aber, daß es sich um einen stark veränderten Teil der früheren Körner- und Stachelschicht handelt. Das hornschichtähnliche Aussehen derselben rührt nur davon her, daß die sonst durch Hämatoxylin so stark färbaren Keratohyalinkörner vollkommen unfärbbar geworden oder ganz verschwunden und gleichzeitig die Zellen und ihre Kerne stark abgeplattet sind. Immerhin giebt es mehrere Anzeichen, daß diese resorcinirte Stachelschichtlage nicht mit einer Hornschicht ganz identisch ist. Der Hauptunterschied besteht natürlich in der Erhaltung der Kerne; sodann zeigt schon bei Hämatoxylinfärbung die neue Schicht einen leichten graubläulichen Ton, während die echte und gesunde Hornschicht der Nachbarschaft und die resorcinirte Hornschicht darüber ganz entfärbt sind. Viel deutlicher tritt der große chemische Unterschied zwischen resorcinirter Stachelschicht und Hornschicht jedoch hervor bei der Sure-Fuchsin-Pikrin-Methode. Hier färbt sich die gesunde und resorcinirte Hornschicht tief rot, während die resorcinirte Stachelschicht, ebenso wie die gesunde Stachelschicht der Nachbarschaft, rein gelb gefärbt ist.

Diese resorcinirte Stachelschicht zeigt das Bestreben, sich von der gesund gebliebenen Lage der Stachelschicht zu trennen, während sie mit der resorcinirten Hornschicht gewöhnlich im Zusammenhange bleibt. Dadurch treten zwischen ihr und der gesunden Stachelschicht Spalten auf, die sich schon in vivo oder während der Präparationsmethode öfter so sehr erweitern, daß man zuerst eine Blasenbildung vor sich zu sehen glaubt. Aber die entstehenden Lücken und Höhlen enthalten keine Exsudate, jedenfalls keine flüssigen, durch die Härtungsmethoden gerinnbaren, eiweißhaltigen Flüssigkeiten. Jedoch zeigen sie an den Rändern und meistens an der Unterfläche der abgehobenen Schicht eine geringere oder größere Anzahl von Wanderzellen, welche zuweilen (Fl V) bei ihrem Durchtritt durch die gesund gebliebene Stachelschicht und bei ihrem Austritt aus den zunächst gelegenen Blutkapillaren überrascht werden. Immerhin ist ihre Menge stets so unbedeutend, daß man nicht von einer Exsudation reden kann; die Abschiebung der resorcinirten Hornschicht geschieht auf trockenem Wege. Öfters bleibt man sogar im Zweifel, ob es sich bei den wenigen, polynukleären Leukocyten überhaupt um solche und nicht vielmehr um Bröckel von Epithelkernen handelt. Jedoch habe ich mich auf das Bestimmteste überzeugt, daß eine gewisse Anzahl von Leukocyten von der sich ablösenden Oberhaut angelockt werden. Dieselbe legt sich manchmal im Schnitte etwas auf die Seite, so daß man ihre

Unterseite von der Fläche zu sehen bekommt und kann daselbst ein ganzes Netz von langausgezogenen Leukocytenkernen beobachten, welches an dieser Stelle in das Netz von epithelialen Saftspalten einzudringen sucht. Zerbröckelte Epithelkerne würden diese bekannten, verästelten Figuren nicht liefern können. Die meisten Leukocyten zeigten sich unterhalb der beim Menschen erzeugten Resoreinschuppe. (Fall VII.)

Bei den mittleren Graden der Resorciniierung bemerkt man bereits in dem nicht abgehobenen Teile der Stachelschicht einzelne Mitosen in den basalen Stachelzellen, mithin die Neigung, für den in Verlust geratenen Abschnitt der Oberhaut einen Ersatz zu liefern. Am meisten Mitosen weist die sehr zellenreiche Oberhaut des Meerschweinchens auf. (Fall VI.)

Der dritte und höchste Grad der Resoreineinwirkung wird von meinem 2. und 8. Fall repräsentiert. In jenem war das Kaninchenohr vierzehn Tage lang täglich mit 50%igem Resorcinspiritus behandelt, in diesem die menschliche Haut acht Tage lang mittelst Resorcin-Pflastermull. In diesen Fällen ist die Abhebung der resorcinierten Oberhaut vollendet. Die gesund gebliebene Stachelschicht ist trotz der weitergehenden Resoreineinwirkung nicht bis zu größerer Tiefe und vor allem nicht bis an das Niveau des Papillarkörpers nekrotisiert, sondern hat im Gegenteil sich durch Bildung einer neuen Horn- und Körnerschicht vollständig von der Resoreinschwarte getrennt. Dadurch ist sie von dem fortgehenden Einflusse des Resoreins unabhängig geworden, sie hat sich in der neuen Hornschicht gleichsam einen Schild gegen weitere medikamentöse Eingriffe geschaffen.

Man sieht in diesen Fällen von vollendeter Resorcinabschälung drei homogene Schichten übereinander lagern, zu oberst die alte, resorcinierte Hornschicht, dann die alte, resorcinierte kerne- und leukocytenhaltige Stachelschicht und zu unterst die normal gebaute, neue Hornschicht.

In diesem Stadium findet man sehr viele Mitosen in der Oberhaut unterhalb der Resoreinschwarte. Auch erscheinen einige Kapillaren der Cutis noch erfüllt von Leukocyten, die sich vereinzelt nach der Oberhaut begeben.

Ueberblicken wir die hier skizzierten histologischen Bilder im Zusammenhange, so ergibt sich als wichtigstes Resultat, daß das Resorcin auf tierischer und menschlicher Haut auch bei starker Anwendung nur einen wenig tiefgehenden, dafür in der Fläche aber sehr gleichmäßigen nekrotisierenden Einfluß ausübt. Derselbe reicht in allen Fällen über die Hornschicht hinaus in die Tiefe und verwandelt die Körnerschicht und einen oberen Teil der Stachelschicht in eine hornschichtähnliche, aber von einer wahren Hornschicht dennoch durchaus verschiedene, homogene Membran.

Der zweite, ebenfalls für die Praxis sehr wichtige Punkt ist der Umstand, daß auch bei fortdauerndem Einfluß des Resorcins die nekrotisierende Wirkung allmählich aufhört und die Oberhaut selbst derselben — ähnlich wie bei der Karbolsäure — dadurch eine Grenze setzt, daß sie ziemlich rasch eine normale Horn- und Körnerschicht an ihrer Oberfläche ausbildet. Diese Eigenschaft des Resorcins, nämlich die Verhornung zu begünstigen, kennen wir klinisch schon lange; vielleicht hängt dieselbe mit der reduzierenden Eigenschaft des Resorcins zusammen.

Die dritte in negativem Sinne sich äußernde und wesentliche Eigenschaft der Resorcinwirkung, wodurch dieselbe sich hauptsächlich von der Pyrogallolwirkung unterscheidet, ist die auffallende Indifferenz aller sonstigen Hautbestandteile bei der Resorcinierung. Für die Cutis und speziell deren Blutgefäße ist das Resorcin offenbar ein sehr wenig angreifendes Mittel.

Diese drei Eigenschaften der Resorcinierung, die geringe und gleichmäßige Tiefenwirkung, die Selbstregulierung der Oberhaut gegenüber der Resorcinätzung und die äußerst geringe entzündliche Beteiligung der Cutis machen, wie ein Jeder einsehen muß, in ihrem Zusammenwirken das Resorcin zu dem idealen Schälmittel für die Haut, welches eine große Sicherheit mit einer sehr erfreulichen Milde der Einwirkung vereinigt.

Es ist daher sehr leicht verständlich, daß sich das Resorcin überall dort einen dauernden Platz erworben hat, wo es gilt, auf die unschädlichste Weise eine pathologisch-affizierte Oberhaut durch eine junge und gesunde rasch zu ersetzen. So findet es in starker Dosierung Verwendung bei trockenen Ekzemen, besonders des Gesichtes, bei Acne vulgaris, Psoriasis, Epitheliomen und Narben. Man wird es hier allein oder noch verstärkt durch Salicylsäure in Form von 10—50 %igen Zinkpasten am zweckmäßigsten verordnen.

Aber auch ohne eine rasche Abschälung herbeizuführen, wirkt das Resorcin durch seine lediglich nekrotisierende, nicht gleichzeitig exsudative Entzündungen hervorrufende Eigenschaft sehr günstig auf dieselben pathologischen Prozesse in schwacher Dosierung. Es stoßen sich dann nur die obersten Hornlamellen ab, während eine leichte Neubildung von jungem Epithel angeregt wird. Wie man sieht, ist auch diese Anwendung in *refracta dosi*, d. h. als 1—2—5 %iger Zusatz zu antiektzematösen Mitteln, sehr brauchbar und auch allgemein beliebt. Für diese Anwendung in *refracta dosi*, speziell beim seborrhoischen Ekzem des Gesichtes, der Seborrhoea, der Alopecia pityrodes und der Rosacea, kommt noch der günstige Umstand in Betracht, daß das Resorcin farb- und geruchlos ist.

Ob die ausgedehnte Anwendung bei parasitären Affektionen sich noch auf eine spezifisch antiparasitäre Wirkung des Resorcins auf die Infek-

tionsträger stützen kann, muß eine eigene Versuchsreihe ergeben, in welcher diese Pilze in ihren Kulturen mit dem Resorcin zusammengebracht werden. In der That besteht ein solcher Einfluß sehr wahrscheinlich, da das Resorcin zu den phenolartigen Körpern gehört. Sicher ist aber, daß schon die exfolierende, abschälende Wirkung des Resorcins allein im stande ist, eine große Menge von Hautparasiten auf mechanischem Wege zu eliminieren. Jedenfalls muß bei der Untersuchung jeder parasitären Wirkung diese eliminierende Eigenschaft des Resorcins für die Oberhaut mit in Rechnung gezogen werden.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Kaninchenhaut, zweimal mit 50%igem Resorcinspiritus behandelt. ¹⁰⁰/₁.

- a. Resorcinierte Hornschicht, darunter die kernhaltige, resorcinierte Stachelschicht.
- b. Fragmentierte Leukocytenkerne an der Unterseite der abgehobenen Stachelschicht.
- c. Auswandernde Leukocyten.
- d. Mitose eines Haarbalgs.

Fig. 2. Kaninchenhaut, 14 mal mit 50%igem Resorcinspiritus behandelt. ¹⁰⁰/₁.

- a. Resorcinierte Hornschicht.
- b. Resorcinierte Stachelschicht, von Leukocyten durchsetzt.
- c. Hornschicht und Körnerschicht, über der zurückgebliebenen Stachelschicht neugebildet.
- d. Zurückgebliebene Stachelschicht.
- e. e. Spalten, von der blasig abgehobenen Hornschicht und Stachelschicht gebildet.
- f. Auswandernde Leukocyten.
- g. Mitosen.

Fig. 3. Kaninchenhaut, zweimal mit 20%igem Resorcincollodium behandelt. ²⁵/₁.

- a. Resorcinierte Horn- und Stachelschicht, an der Unterseite mit Leukocytenkörnern.
- b. Zurückgebliebene Stachelschicht.

Fig. 4. Meerschweinchenhaut, sieben Tage mit Resorcinpflastermull behandelt. ⁵⁰/₁.

- a. Resorcinierte Hornschicht.
- b. Darunter neugebildete Hornschicht.
- c. Verdickte Körnerschicht.
- d. Verschmälerte, mitosenhaltige Stachelschicht.

Fig. 5. Menschenhaut, vier Tage mit Resorcinpflastermull behandelt. ²⁰/₁.

- a. Resorcinierte Hornschicht.
- b. Durch Exsudat zu einer kleinen leukocytenhaltigen Kruste umgewandelte, resorcinierte Stachelschicht.
- c. Neugebildete Horn- und Körnerschicht, welche links davon noch fehlt.
- d. Zurückgebliebene Stachelschicht.
- e. Blutkapillare, mit einem Mantel von Leukocyten.

Fig. 6. Menschenhaut, acht Tage mit Resorcinpflastermull behandelt. ¹⁰⁰/₁.

- a. Resorcinierte Hornschicht.
- b. Kernhaltige resorcinierte Stachelschicht.
- c. Neugebildete Horn- und Körnerschicht über der zurückgebliebenen Stachelschicht mit Mitosen (\mathcal{A}).
- e. Auswandernde Leukocyten.

Aus dem Alten Allgemeinen Krankenhause Hamburg - St. Georg.
Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke (Oberarzt Dr. ENGEL-REIMERS).

Über die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten.

Von

Dr. SIEGMUND WERNER,

Assistenzarzt.

(Schluß.)

Betrachten wir endlich die 103 Kinder, die von syphilitischer Mutter geboren wurden, während der Beobachtung indes selbst keine Zeichen erbter Syphilis darboten.

44 leben am Ende des ersten Jahres =	42,7%,
13 werden vorzeitig entlassen	= 12,5%,
46 sterben	= 44,8%,
und zwar:	
in der 2. Woche	2
„ „ 3. „	3
im 2. Monate	11
„ 3. „	11
„ 4. „	3
„ 5. „	1
„ 6. „	5
„ 7. „	2
„ 8. „	5
„ 9. „	1
„ 11. „	2

Auch hier haben wir das gleiche Verhalten; die weitaus größte Sterblichkeit zeigt das erste Vierteljahr, in den folgenden Quartalen sind die Zahlen annähernd gleich.

Als Todesursache notierten wir im Sektionsprotokolle:

Pädatrophie und Brechdurchfall	22 mal
Miliartuberkulose	3 "
Meningitis	2 "
Eklampsia infantum	2 "
Pericarditis purulenta ...	1 "
Cholera	1 "
Die Sektion unterblieb	15 "

Von nicht spezifischen Affektionen wurden intra vitam beobachtet:

Naevus vasculosus . 2 mal,	Rhachitis..... 12 mal,
Hydrocele duplex.. 2 "	Brechdurchfall 4 "
Spina bifida 1 "	Morbilli..... 1 "
Adenopathie 1 "	Varicellen 1 "
etwas Coryza 1 "	Ophthalmoblennorrhoe 2 "
Hautabsceßs..... 3 "	Otitis media purul. . 1 "
Furunkel..... 3 "	Abscessus mammae . 1 "
Eccema papulatum. 6 "	

Es erhellt aus diesen Zusammenstellungen, daß sich hierunter eine Reihe von Individuen befinden, bei denen die Syphilis der Mutter eine gewisse Prädisposition für die im Säuglingsalter drohenden Gefahren geschaffen hat. Besonders die Nachuntersuchung der länger als ein Jahr beobachteten Kinder (wie Tabelle II zeigt, befindet sich hierunter eine größere Zahl in höherem Alter) hat fast durchgehends rhachitische Befunde ergeben. Die große Zahl der Todesfälle an Pädatrophie und Brechdurchfällen, die Disposition zu anderen Infektionskrankheiten und zu Entwicklungsanomalien ist eine längst bekannte und durch das vorliegende Material vollauf bestätigte Thatsache. Die Syphilis ist eben, wie GUENEAU DE MUNY sagt, ein Dünger, auf welchem alle Krankheitsstoffe gedeihen. Es ergibt sich also nur die wesentliche, bisher nicht genügend betonte Thatsache, daß ein solcher, von hereditärer Syphilis anscheinend freier oder immuner Körper, selbst wenn er Kraft genug besitzt, sich weiter zu entwickeln, doch an seiner Widerstandsfähigkeit im Vergleiche zu der Nachkommenschaft wirklich gesunder Eltern bedeutend Schaden gelitten hat. Daß überhaupt von syphilitischer Mutter so viel Kinder geboren werden, die die Syphilis nicht erben, hängt zweifellos mit der ausgedehnten Behandlung der Mutter zusammen, wie weiter unter gezeigt werden soll.

Zunächst möchte ich nun in Kürze über die Fälle berichten, in denen mehrfache Schwangerschaften bei syphilitischen Müttern beobachtet wurden. In diesen Fällen ist bekanntlich die schädigende Einwirkung der Syphilis auf die Frucht bei jeder nachfolgenden Schwangerschaft durchweg

etwas geringer, als sie bei der vorhergehenden war, und es pflegen daher, weil eben die Wirkung des Giftes sich graduell abschwächt, mehrfache Graviditäten nach einem ganz bestimmten, geradezu typischen Schema zu verlaufen:

1. Gravidität: Abortus mens. III,
2. " Totfauler Foetus im 7. oder 8. Monate.
3. " Geburt eines lebensschwachen oder eines mit her.-syph. Ausschlägen zur Welt kommenden Kindes, das nach wenigen Tagen zu Grunde geht.
4. " Geburt eines ausgetragenen Kindes, das später an her.-syph. Erscheinungen erkrankt, aber am Leben bleibt.
5. " Geburt eines gesunden Kindes.

Diese typische Reihenfolge tritt nun bei unseren Prostituierten, wie die nachstehende Tabelle zeigt, nur verhältnismäßig selten in die Erscheinung.

1. Abortus, dann hereditäre, dann gesunde Kinder	1 mal.
2. Abortus, dann hereditäre Kinder	4 "
3. Abortus, dann gesunde Kinder	9 "
4. Hereditäre Kinder, dann Abortus	3 "
5. Abortus, hereditäre und gesunde Kinder abwechselnd.	4 "
6. Hereditäre Kinder	2 "
7. Hereditäre, dann gesunde Kinder	7 "
8. Gesunde Kinder	8 "
9. Gesunde Kinder, dann Abortus	5 "
10. Gesunde und hereditäre Kinder abwechselnd	2 "
11. Gesunde, dann hereditäre Kinder	2 "
12. Gesunde Kinder und Abortus abwechselnd	1 "

Diese scheinbaren Abweichungen von dem Gesetz dürften aber unschwer zu erklären sein. Einmal ist hier die antisypilitische Behandlung zu berücksichtigen, welche für eine, oft genug auch für eine zweite dann folgende Schwangerschaft den Einfluss der Syphilis paralyisiert und die Geburt lebensfähiger, gesunder Kinder bewirkt, dann aber ihre Heilkraft verliert und nunmehr bei der drittnächsten Gravidität die Syphilis, wenn man so sagen darf, wieder zu ihrem Rechte kommen lässt; sodann aber dürfte auch mit der Thatsache zu rechnen sein, daß eine spätsyphilitische, durch wiederholte Behandlungen günstig beeinflusste Prostituierte von einem frühsyphilitischen Individuum geschwängert wird, und nun auf mehrere vorangegangene gesunde Kinder plötzlich wieder eine totfaule Frucht oder ein hereditär-syphilitisches Kind folgt, weil diesmal zu der abgeschwächten oder bereits nahezu erloschenen Wirkung der mütterlichen Erkrankung der deletäre Einfluss eines in voller Blüte der Syphilis befindlichen, nicht behandelten Erzeugers für die Frucht hinzu-

kommt. Diese Thatsache, die sich begreiflicher Weise niemals beweisen läßt, dürfte trotzdem für die Nachkommenschaft der Prostituierten oft genug zur Geltung kommen. Endlich ist als dritte, hier in Betracht zu ziehende Thatsache noch der Umstand zu erwähnen, daß Prostituierte infolge der mit ihrem Gewerbe verknüpften Schädlichkeiten entschieden weit mehr zu Aborten disponiert sind, als andere Frauen, und daß bloß auf diese Schädlichkeiten schon manche Fehlgeburten, welche auf vorangegangene normal endende Schwangerschaften folgen, oft genug zurückzuführen sein dürften.

Nach diesen allgemeinen Erläuterungen gehe ich nun zur detaillierten Besprechung der in der Tabelle zusammengestellten 48 mehrfachen Schwangerschaften über.

Es waren	23	. . . . .	2	mal schwanger,
	8	. . . . .	3	" "
	6	. . . . .	4	" "
	5	. . . . .	5	" "
	2	. . . . .	6	" "
	2	. . . . .	7	" "
	2	. . . . .	8	" "

Unter den 23 zweimal Schwangeren sind 11, bei denen die Syphilis nicht eine Abkürzung der Gravidität veranlaßte und beide Schwangerschaften mit der rechtzeitigen Geburt eines lebenden Kindes endeten. In 6 Fällen blieben beide Kinder ohne Zeichen kongenitaler Lues, einmal wurde bei beiden Kindern hereditäre Syphilis konstatiert, 4 mal erkrankte das Erstgeborene, während das zweite Kind verschont blieb. Weiter sind unter den 23 zweimal Schwangeren 12, bei welchen die eine der beiden Graviditäten mit Abort oder Frühgeburt endete; 8 mal betraf das vorzeitige Ende die erste, 4 mal die zweite Schwangerschaft. Bei den letzterwähnten 4 Fällen wurden 3 mal die ausgetragenen, lebend geborenen Kinder syphilitisch; in den ersterwähnten 8 Fällen blieb das lebend geborene Kind 5 mal ohne Manifestation der kongenitalen Seuche, während es sich 3 mal um hereditär-syphilitische Individuen handelte.

Unter den 8 dreimal Schwangeren finden wir folgende Verhältnisse:

Alle drei Schwangerschaften enden mit der Geburt gesunder und gesund bleibender Kinder 1 mal.

(Das Individuum war am Ende der Sekundärperiode seit 4 Jahren syphilitisch, hatte 11 Monate vor der ersten Entbindung das letzte sekundär syphilitische Recidiv.)

Die beiden erstgeborenen Kinder bleiben gesund²⁴, das letzte Kind ist hereditär-syphilitisch 2 mal.

²⁴ Unter „gesund“ soll hier und in den ferneren Betrachtungen nur verstanden werden, daß das Individuum frei von Manifestationen der kongenitalen Syphilis bleibt.

(In beiden Fällen lag der Infektionszeitpunkt über 9 Jahre zurück, als das kongenital infizierte Kind geboren wurde. Bemerkenswert erscheint, daß die Mutter in einem Falle zwischen der ersten und zweiten Entbindung an sekundärer Lues erkrankte und demzufolge in der Mitte der zweiten Gravidität eine Schmierkur durchmachte.)

Die dritte Schwangerschaft endet durch Abort, während vorher gesunde Kinder geboren werden 1 mal.

Die erste Schwangerschaft endet durch Frühgeburt, die späteren enden mit der Geburt gesunder Kinder . . . 1 mal.

Die erste und zweite Schwangerschaft enden durch Abort, die dritte fördert ein gesundes Kind zu Wege 2 mal.

Die zweite Schwangerschaft wird durch Abort beendet 1 mal.

Um diese Verhältnisse übersichtlicher zu gestalten, seien sie in Kürze rekapituliert.

Graviditas I.	Graviditas II.	Graviditas III.	
ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
ges. Kind	ges. Kind	her.-syph. Kind	2 mal
ges. Kind	ges. Kind	Abortus	1 mal
Abortus	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
Abortus	Abortus	ges. Kind	2 mal
ges. Kind	Abortus	ges. Kind	1 mal

Bei den 6 viermal Schwangeren gestalten sich unter dem gleichen Gesichtspunkte die Verhältnisse folgendermaßen:

Graviditas I	Graviditas II	Graviditas III	Graviditas IV	
her.-syph. Kind	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	1 mal
her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	ges. Kind	1 mal
totgeb. Kind	nicht lebensf. Kind	ges. Kind	her.-syph. Kind	1 mal
ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	Abortus	1 mal
ges. Kind	nicht lebensf. Kind	Abortus	Abortus	1 mal

5 fünfmal schwangere Puellen zeigen folgende Nachkommenschaft:

Graviditas I	Graviditas II	Graviditas III	Graviditas IV	Graviditas V	
her.-syph. K.	ges. Kind	ges. Kind	her.-syph. K.	ges. Kind	1 mal
Abortus	her.-syph. K.	Abortus	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
Abortus	nicht lebensf. K.	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
ges. Kind	frühgeborenes, totgeborenes K.	her.-syph. K.	totgeb. Kind		1 mal
	nicht lebensf. K.				

Es braucht wohl nicht erwähnt zu werden, daß diese „gesund“ bezeichneten Individuen, wie schon aus dem oben Gesagten hervorgeht, in einer großen Zahl von Fällen von irgend welchen mit der Syphilis nicht in direkter Beziehung stehenden Krankheiten befallen werden und diesen dann erliegen.

Für die noch häufiger graviden Prostituierten dürfte es am übersichtlichsten sein, jede Beobachtung an der Hand der Krankengeschichte speziell kurz zu analysieren.

1. Rei. Prot. No. 62. 89. 106. 117.

1879. Sekundäre Syphilis.
 1880. III. Sekundäre Syphilis.
 X. Partus praematurus totfauler Foetus mens. VII.
 1890. II. Partus II. her.-syph. Kind, das am Leben bleibt.
 1891. VIII. „ III. her.-syph. Kind, das 7 Monate alt an
 Keuchhusten-Pneumonie stirbt.
 1892. X. „ IV. ges. Kind.
 1893. XII. „ V. ges. Kind.
 1895. VI. „ VI. Kind, das 8 Wochen alt an Lebensschwäche
 stirbt.

2. V. Prot. No. 26. 39. 112.

1886. V. Exanthema papulo-squamos. Hg-Kur.
 VII. Gravida. mens. IV.
 XII. Partus I. rachitisches Kind, stirbt 1 Jahr alt.
 1887. XI. Gravida.
 XII. Typhus abdominalis.
 1888. V. Partus II. Kind stirbt 7 Monate alt an Brechdurchfall,
 litt viel an Furunkeln und Ekzem.
 XI. Abortus mens. IV.
 1889. III. Abortus mens. III.
 1891. X. Papul. mucos. tons.
 Impetiginöses Syphilid.
 Hg-Kur.
 1882. III. Partus III. Pap. muc.
 Genitalium. Hg-Kur. ges. Kind, stirbt 2 Monate alt.
 VI. Exanth. squamos. Hg-Kur.
 1893. IV. Partus IV. ges. Kind, vorzeitig ($\frac{1}{2}$ Jahr alt) entl.
 VIII. Pap. muc. genital.

3. K. Prot. No. 10. 49. 80.

1871. Prostituiert.
 1873. Plaques linguae. Hg-Kur.
 1875. }
 1876. } Sekundäre Recidive. Hg-Kuren.
 1879. XII. Partus I. ges. Kind, 5 Monate alt gestorben.
 1881. X. „ II. ges. Kind, 4 „ „ „
 1883. III. „ III. her.-syph. Kind, 3 Monate alt gestorben.
 1884. VII. „ IV. totfaule Frucht im 7. Schwangerschaftsmonat.
 1885. VII. „ V. ges. Kind, 7 Monate alt gestorben.
 1886. XII. „ VI. ges. Kind, 3 „ „ „
 1887. X. „ VII. Abortus mens. IV.
 XI. Epilepsie u. s. w.

4. Fst. Prot. No. 81. 99.

1876. Prostituiert; bereits syphilitisch.
 1878. Partus I. totgeborenes Kind.

1884. IX. Partus II. nicht lebensf. Kind, das 5 Tage nach der Geburt stirbt.
1885. XII. Abortus.
1887. VII. Partus III. ges. Kind, stirbt 1½ Jahr alt.
1889. I. „ IV. totfaules, ausgetragenes Kind.
1891. III. „ V. her.-syph. Kind, 2 Monate alt gestorben.
- V. Tubercula cutanea. Traitement mixte.
1892. IV. Partus VI. ges. Kind, das am Leben bleibt.
5. Jos. Prot. No. 36. 46. 17. 94.
1875. Prostituiert.
1878. Partus I. Kind stirbt 3 Wochen alt.
1879. Partus II. Kind stirbt 5 Monate alt.
1880. Syphilis II. Hg-Kur.
1884. VI. Tertiäres Tonsillenulcus. Knotensyphilide. Traitement mixte.
1885. II. Gumma cut. meat. audit. extern. Infiltratio gummosa parotidea. Traitement mixte.
1887. V. Gravida mens. V.
- IX. Partus III. ges. Kind, das am Leben bleibt (Rhachitis).
1888. VIII. Gravida mens. VII.
- X. Partus IV. ges. Kind, das am Leben bleibt.
1889. VI. Partus V. Abortus mens. III.
1890. V. Gravida mens. V.
- X. Partus VI. ges. Kind, das 11 Monate alt stirbt.
1891. X. Partus VII. ges. Kind, stirbt 3 Monate alt an Gastro-enteritis acuta.
1893. I. Partus VIII. nicht lebensfähiges Kind, das gleich nach der Geburt stirbt.

Einen ähnlichen Fall beschreibt FERRAS.²⁵

6. Tr. Prot. No. 24. 43. 91.

Seit 1872 in Hamburg prostituiert, hat bis dahin bereits 4 mal geboren. Die Kinder sind früh gestorben; mehrfach wegen Syphilis behandelt.

1879. Gravida mens. III.

1880. VI. Partus V. her.-syph. Kind, stirbt ½ Jahr alt.

1881. VI. „ VI.

1882. VI. „ VII. } gesunde, am Leben bleibende Kinder.

1883. VIII. „ VIII. }

1885. IX. Gravida.

Die Puella ist dann auf ihren Wunsch aus dem Kontrollregister gestrichen, hat geheiratet und hat in der Ehe noch 4 weitere Schwangerschaften durchgemacht, die sämtlich mit der Geburt lebender Kinder, die frei von Syphilis waren, endeten. Die Kinder sind mit Ausnahme eines, das an der Cholera im Alter von 3 Jahren starb, absolut gesund und ohne Stigmata hereditaria.

Aus diesen mitgeteilten Beobachtungen ergibt sich, daß bei den Prostituierten mehrfach aufeinanderfolgende Schwangerschaften nur selten

²⁵ FERRAS, Observations d'évolution anormale de l'hérédité syphilitique. *Annales de Derm. et Syph.* 1891. No. 4.

das Gesetz der graduellen Abschwächung des Giftes erkennen lassen und daß für diese Klasse von Weibern noch mehr als für andere Frauen der FOURNIERSche Satz gilt: „Ein gesundes Kind aus einer syphilitischen Ehe ist kein Freibrief für die Zukunft.“

In den folgenden Zusammenstellungen soll nunmehr einerseits der Einfluß des Alters der bei der Mutter vorhandenen Syphilis genauer untersucht werden, sowie andererseits soweit möglich der Einfluß einer antisymphilitischen Behandlung, welcher die Mutter vor oder während der Schwangerschaft unterworfen wurde.

Im ganzen sollen 214 Schwangerschaften auf ihren Ausgang untersucht werden. Es sei bemerkt, daß kein Grund vorlag, diejenigen Graviditäten aus der Untersuchungsreihe zu entfernen, die mit Abort oder Frühgeburt oder Geburt toter Kinder bei den Individuen, die früher oder später lebenden und lebensfähigen Kindern das Leben schenkten, endeten (dem Materiale der bisherigen Zusammenstellungen). Die Mehrzahl der Graviditäten erklärt demnach die größere Zahl. Andererseits sind die Fälle, wie aus dem oben Gesagten bereits hervorgeht, weggeblieben, wo jede überhaupt beobachtete Gravidität nicht mit der Geburt lebensfähiger Kinder ihren Abschluß fand.

Von 214 schwangeren Müttern waren 113 zur Zeit der Schwangerschaft fröh-syphilitisch; bei 67 hatte die Sekundärperiode ihr Ende erreicht: d. h. im weiteren Verlaufe wurden keine sekundärsyphilitischen Recidive beobachtet; sie waren latent-syphilitisch (syphilitisiert); 34 hatten vor Eintritt der Schwangerschaft bzw. während derselben Manifestationen von tertiärer Syphilis (Spätformen).

Für die Entscheidung der Frage, ob Fröh- oder Spätsyphilis, war der Charakter der bei den Müttern beobachteten Krankheitserscheinungen maßgebend.

A. Während der Schwangerschaft fröh-syphilitisch 113.

1. Infektion während der Schwangerschaft 6.
2. Infektion und Konzeption annähernd gleichzeitig 19.
3. Sekundärererscheinungen vor und nach, sowie während der Schwangerschaft 75.

B. Während der Schwangerschaft latentsyphilitisch 67.

C. Während der Schwangerschaft tertiärsyphilitisch 34.

A. 1. Infektion während der Schwangerschaft wurde beobachtet bei 6;
von diesen

infizierten sich 4 in der ersten Hälfte der Schwangerschaft,

infizierte sich 1 „ „ Mitte „ „

„ sich 1 „ „ zweiten Hälfte „ „

Der Ausgang der Schwangerschaft gestaltete sich in den ersten vier Fällen so, daß dreimal ein nicht völlig ausgetragenes Kind geboren wurde, das an hereditärer Syphilis mit typischen kutanen Erscheinungen

erkrankte und zu Grunde ging, während einmal ein gesundes Kind zur Welt kam, das lebensfähig, ausgetragen, von Syphilis frei blieb und gesund aus der Kontrolle entlassen wurde. Die in der Mitte der Gravidität infizierte Mutter gebär ein ausgetragenes Kind, das im dritten Monat an hereditärer Lues erkrankte und im vierten Monat starb. Das Kind der kurz vor dem Partus infizierten Prostituierten wurde ausgetragen, blieb frei von Syphilis, erreichte indes nur ein Alter von 5 Wochen.

So zeigt denn auch diese kleine Statistik, daß, wenn die postkonzeptionelle Infektion der Mutter noch in den Beginn der Gravidität fällt, die Gefahr der intrauterinen Übertragung der Syphilis eine relativ große ist, während sie proportional dem Herausrücken des Infektionstermines abnimmt.

Mit diesen Resultaten befinden wir uns in vollständiger Übereinstimmung mit fast allen Autoren, die über dieses Thema gearbeitet haben. FOURNIER²⁶ erwähnt, daß bei während der Schwangerschaft acquirierter Syphilis der Mutter das Maximum der Mortalität der Kinder, wenn keine Behandlung eingeleitet ist, auf die Fälle sich erstreckt, wo diese Acquisition in den drei ersten Monaten erfolgt: Der vierte oder fünfte Schwangerschaftsmonat liefert schon etwas günstigere Ergebnisse; findet die Infektion kurz vor der Entbindung statt, so ist eine kongenitale Infektion ebenso oft möglich, wie sie ausbleibt. Wird aber die Krankheit sofort behandelt, so sinkt die Sterblichkeit bei der Geburt auf 0. G. ETIENNE²⁷ erklärt sich in gleichem Sinne: Wird die im Laufe der Schwangerschaft Infizierte behandelt, so kann man in Bezug auf die Mortalität der Kinder, bei der Geburt wenigstens, auf günstige Verhältnisse rechnen. Ihm scheint die Frage, in welchem Schwangerschaftsabschnitte die Infektion stattfindet, deshalb belanglos oder wenigstens von geringerer Bedeutung, als seinen Erfahrungen nach gerade der fünfte bis siebente Monat des intrauterinen Lebens am verhängnisvollsten bezüglich der Infektion ist. Im Gegensatz hierzu betont NEUMANN²⁸, daß die Gefahr für die Nachkommenschaft eine sehr erhebliche ist, wenn die Infektion der Mutter innerhalb der ersten Monate der Schwangerschaft erfolgt, eine sehr viel geringere, wenn sie innerhalb der letzten drei bis vier Monate der Schwangerschaft eintrat. NEUMANN²⁹ teilt HUTCHINSONS Ansicht, daß eine längere Merkurialisierung der Mutter eine gewisse Prophylaxe für die Kinder in sich schließt. Daher berechnet er auch die Mortalitäts-

²⁶ FOURNIER, Über hereditäre Syphilis. *Wiener med. Bl.* 1884. No. 30 ff.

²⁷ G. ETIENNE, Untersuchungen über den Einfluß der Behandlung syphilitischer Mütter auf die Gesundheit der Neugeborenen. *Annales de Gynéc.* 1892. IV. Ref. *Wiener med. Presse.* 1892. No. 24.

²⁸ NEUMANN, Eine Studie über hereditäre Syphilis. *Wien. med. Wochenschr.* 1889. No. 4 ff.

²⁹ NEUMANN, Syphilis und Vererbung. *Wiener med. Presse.* 1892. No. 4.

ziffer der postkonzeptionellen Syphilis auf etwas mehr als die Hälfte gegenüber den Fällen, in denen die Infektion der Mutter vor der Konzeption erfolgt. Nach GAMBERINI³⁰ kann der Foetus gesund bleiben oder infiziert werden, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Syphilis acquiriert. Dafs eine postkonzeptionelle Infektion selbst am Ende der Schwangerschaft möglich ist, beweist der von WELANDER³¹ jüngst publizierte Fall. Den entgegengesetzten Standpunkt vertritt u. a. DOHRN,³² dessen Beobachtungen ihn zu dem Schlusse kommen lassen, dafs das syphilitische Gift die placentaren Scheidewände nicht überschreitet, weder in der Richtung vom Foetus zur Mutter, noch umgekehrt. Er sah in keinem Falle, in welchem die Infektion während der Schwangerschaft erfolgt war, ein syphilitisches Kind geboren werden. Er schließt daraus, dafs die Syphilis der Frucht nur bei der Konzeption zugetragen wird, und Sperma wie Ovulum in dieser Hinsicht durchaus gleichwertig sind. Blieb das Ovulum bei der Konzeption gesund, so wird es auch durch eine während der Gravidität der Mutter erworbene Syphilis nicht infiziert. Ebenso wenig infiziert eine syphilitische Frucht die Mutter während der intrauterinen Lebens. Nach meiner Ansicht besteht diese von DOHRN und vor ihm besonders von KASSOWITZ aufgestellte Behauptung nicht zu Recht. Für beide Modalitäten können wir eine Reihe von Beispielen bringen und damit die Zahl der von ZEISSL,³³ VAJDA,³⁴ BEHREND,³⁵ NEUMANN u. a. publizierten Beobachtungen vermehren. Für den ersteren Modus der postkonzeptionellen Infektion des Fötus sprechen zunächst die erwähnten vier Beobachtungen, dafs gravide Puellen sich im Verlaufe der Schwangerschaft infizieren (Beweis: Beobachtung des Primäraffektes, typischer frischer Drüsenschwellungen, nachfolgender Sekundärsymptome), dafs trotz Spitalspflege (Behandlung), Ruhe und Entfernung der Berufspflichten die Gravidität um einige Wochen zu früh beendet wird, dafs die lebend geborenen Kinder im ersten oder zweiten Monat an typischer hereditärer Lues erkranken (Ich bemerke, dafs es sich in den vorliegenden Fällen um trockene papulo-squamöse Exantheme handelte, dafs ferner bei der Sektion typische Osteochondritis in einem Falle gefunden wurde, um dem Einwurf zu begegnen, es handle sich vielleicht um acquirierte Syphilis

³⁰ GAMBERINI, Über die Schicksale der Kinder Syphilitischer, referiert von FINGER. *Wiener med. Wochenschr.* 1890. No. 41.

³¹ NORD. *med. Ark.* 1896. No. 3. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIII. S. 654. (1896.)

³² DOHRN, Zur Frage der hereditär-syphilitischen Infektion. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 37.

³³ v. ZEISSL, Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis. *Allg. Wiener med. Ztg.* 1879.

³⁴ v. VAJDA, Kann die während der Gravidität acquirierte Syphilis der Mutter auf das Kind übergehen? *Wiener med. Presse.* 1880.

³⁵ BEHREND, Zur Lehre von der Vererbung der Syphilis. *Berliner klin. Wochenschrift.* 1881.

[kondylomatöse Formen; NEUMANN s. o.)] und trotz Behandlung von Mutter und Kind zu Grunde gehen. Für die zweite Infektionsmöglichkeit sprechen mehrfache Beobachtungen. Es sei mir gestattet, aus diesen eine einzelne herauszugreifen, die ich selbst vor kurzem auf unserer Abteilung zu machen Gelegenheit hatte. Eine junge, seit drei Jahren unter unserer Beobachtung stehende Puelle (prostituiert seit einem halben Jahre) wird wegen Blennorrhoea urethrae im Krankenhause aufgenommen. Keine syphilitischen Antecedentien. Es besteht Gravidität im vierten Monat. Nach einigen Wochen erfolgt im Krankenhause ein Abortus im Beginne des fünften Monats. Nach weiteren acht Wochen wird die Patientin wieder wegen Blennorrhoea urethrae aufgenommen und einige Wochen behandelt. Während dieser Zeit konstatierten wir: frische, succulente Schwellung der Inguinal- und Cervikaldrüsen, starke nächtliche Kopfschmerzen, allgemeine Ernährungsstörung in der Form von Chlorose, Gewichtsabnahme, beginnendem Haarausfall; schliesslich entwickelte sich eine typische Roseola, spezifische Acne faciei, starke fröhlsyphilitische Alopecie. Weder war vom Primäraffekte trotz täglicher, wochenlang vorher vorgenommener Untersuchung etwas zu bemerken, noch von einem indolenten „anatomischen Bubo“, der als „überlebender Zeuge“ auf eine unbemerkt gebliebene „initiale Erosion“ hingewiesen hätte. Nirgends befand sich eine Narbe, die mit der leisesten Wahrscheinlichkeit hierauf zurückzuführen war. Hier-nach erscheint es mir ganz zweifellos, daß die Infektion der Patientin von dem vom Vater her syphilitischen Fötus aus erfolgt ist, zumal da dieser unter dem Einfluß der Syphilis in unreifem und faultoten Zustande ausgestoßen wurde. Daß die Infektion dieses Individuums schon früher stattgefunden hat und nur unbemerkt geblieben ist, muß, wie gesagt, bestimmt abgelehnt werden, da gerade in diesem Falle eine tägliche genaue Kontrolle stattfand und jede noch so geringe Läsion protokolliert wurde. Ich möchte daher nicht anstehen, diese Beobachtung als eine Bestätigung des RICORDSchen Choc en retour zu betrachten.

2. In 19 Fällen wurde die Infektion als annähernd gleichzeitig mit der Konzeption festgestellt. Es ist selbstverständlich, daß bei dem vorliegenden Materiale von einer absoluten, unanfechtbaren Sicherheit bezüglich dieses Punktes nicht die Rede sein kann, und daß diese Fälle einer strengen Kritik kaum unterzogen werden können. Ganz etwas anderes ist es, wenn in der Ehe der syphilitische Mann seine Frau infiziert und diese mit dem infizierenden Coitus zugleich konzipiert. Hier liegen die Verhältnisse so, daß eine Puelle, wenn sie konzipiert hat, entweder durch diese oder durch eine kurz vorhergehende oder durch eine bald darauf stattgehabte Kohabitation dasluetische infektiöse Agens aufgenommen hat. Es handelt sich demnach in unseren Fällen nur um zeitliche Angaben, und es ist nicht berechtigt, irgend welche unanfechtbare

prognostische Schlüsse aus diesen Beobachtungen zu ziehen. Denn es leuchtet ein, daß eine Frau, die von einem gesunden Manne geschwängert ist und dann einige Tage später infiziert wird, mit größerer Wahrscheinlichkeit ein gesundes Kind zur Welt bringen wird, als eine solche, die von einem syphilitischen Manne infiziert und gleichzeitig gravid geworden ist oder eine, die einige Tage, nachdem das luetische Virus in ihrem Körper Aufnahme gefunden hat, konzipiert hat. Bei der ersten Möglichkeit liegt demnach postkonzeptionelle Lues vor, bei der letzteren handelt es sich um eine Schwangerschaft bei einem ganz frischen früh-syphilitischen Individuum, und nur die dritte Kategorie könnte uns bezüglich der Prognose wirklich untrüglichen Aufschluß geben. Ein derartiger Fall, in dem es sich mit großer Wahrscheinlichkeit wirklich um eine konzeptionelle Syphilis handelt, ist z. B. folgender:

Sieben Monate vor der rechtzeitig erfolgten Entbindung wird eine Prostituierte mit einem Initialaffekt der Unterlippe und Roseola, Adenopathie, frühsyphilitischer Chlorose aufgenommen. Da eine Roseola bereits besteht, so liegt die Infektion sicher etwa acht Wochen zurück, wird also höchst wahrscheinlich, wenn auch nicht mit absoluter Präcision bestimmbar, zusammen mit der Konzeption erfolgt sein. Während der nächsten sechs Monate bleibt die Pat. eigentlich nie ohne Symptome von Frühsyphilis; kaum sind die papulösen Erscheinungen auf Haut und Schleimhaut durch Inunktionen geschwunden, so repullulieren sie wieder, so daß im ganzen während dieser Zeit in vier von kurzen Pausen unterbrochenen Intervallen 80 Einreibungen von ung. cin. 6,0 gemacht wurden. Das Neugeborene erkrankt am Ende der zehnten Woche an hereditärer Hautsyphilis, wird mit Sublimatbädern geheilt; ein zwei Monate später beobachtetes Recidiv heilt durch Inunktionskur. Das Kind stirbt im Alter von $1\frac{3}{4}$ Jahren an einer Brechdurchfallattacke, an denen es nach Aussage der Pflegemutter nach der Entlassung aus der ärztlichen Kontrolle häufiger gelitten haben soll. Der Fall ist auch noch deshalb bemerkenswert, weil die Mutter in den ersten drei Jahren nach der Infektion (i. e. bis jetzt) nicht weniger als 15 frühsyphilitische Recidive durchgemacht und ca. 250 Patronen grauer Salbe eingerieben hat.

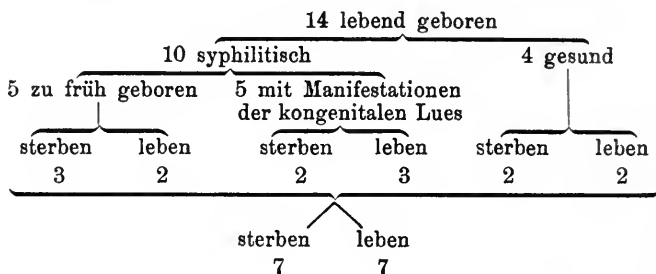
Für die vorliegenden 19 Beobachtungen ist, wie gesagt, eine derartige sichtende Betrachtung nicht möglich, und ich muß mich demnach nur darauf beschränken, lediglich den zeitlichen Zusammenhang als unanfechtbar zu verwerten. Die 19 Schwangerschaften hatten folgendes Ende: 5 Aborte und totfaule Früchte, 5 Frühgeburten, 5 hereditär-syphilitische Kinder, 4 gesunde Kinder. Analysieren wir diese einzelnen Gruppen, so ergibt sich:

1. 3 Aborte im 3. bis 5. Monat, 2 totfaule Früchte im 7. Monat; davon 2 behandelt, 3 unbehandelt.
2. 5 Frühgeburten, davon 4 behandelt, 1 unbehandelt; 2 Kinder sterben im 1., 1 Kind im 5. Monat, 2 bleiben am Leben und sind gesund.
3. 5 Kinder, die im Alter von 1, $2\frac{1}{2}$, 3, 4 bzw. 5 Monaten an hereditärer Syphilis erkrankten. Die Mutter wurde in jedem

Fälle einer antiluetischen Behandlung während der Gravidität, einzelne sogar während des Puerperiums unterzogen. Von den Kindern sterben 3 im Alter von $3\frac{1}{2}$, 4 Monaten, bezw. $1\frac{3}{4}$ Jahren.

4. Endlich 4 gesunde Kinder, deren Mütter sämtlich behandelt waren; von ihnen starben 2 im Alter von $2\frac{1}{2}$ bezw. 7 Monaten, während 2 absolut gesund und am Leben bleiben.

14 Graviditäten enden demnach mit der Geburt lebender Kinder:



3. 75 Schwangerschaften frührsyphilitischer Mütter:

- a. 13 Aborte und Geburt toter Kinder,
b. 62 Geburten lebender Kinder.

Bei diesen war es 43 mal möglich, den Zeitpunkt der Infektion der Mutter zu eruieren und demgemäß über den bisherigen Verlauf der Syphilis, insonderheit über die Frage, ob an Syphilis behandelt oder nicht, genauen Aufschluss zu erhalten. 6 mal ergaben die Protokolle keine Anhaltspunkte, die sich mit Sicherheit zur Beantwortung der Fragen nach der Dauer der Syphilis und ihrer Behandlung verwerten ließen. 13 mal war es nur möglich, den Termin der letzten Behandlung zu bestimmen, während das Alter der Syphilis nicht berücksichtigt werden konnte.

Die 13 Aborte und Geburten totfauler Früchte wurden, wie oben auseinandergesetzt, bei mehrfach schwangeren Puellen beobachtet, die vorher oder nachher lebende Kinder gebaren. Auffallend ist, daß die Schwangerschaft häufig mit Abort endete, wenn sich bei der Mutter während der Schwangerschaft oder kurz vorher ein frührsyphilitisches Recidiv etabliert hatte (8 mal), eine Beobachtung, die übrigens von anderer Seite (z. B. FERRAS) mehrfach gemacht ist. Es muß indes betont werden, daß eine während der Gravidität einsetzende Attacke der Frührsyphilis keineswegs immer zu vorzeitigem Abschluß der Geburt führen muß, wie noch des weiteren auseinandergesetzt werden soll.

Von 6 sicher syphilitischen Müttern, bei denen die Notiz: wann infiziert und wann zuletzt behandelt? in den Protokollen fehlte, wurden 3 hereditär-syphilitische Kinder geboren, von denen 2 im dritten bezw. fünften Monate erkrankten, aber am Leben bleiben, während eins nach vierwöchentlicher Krankheitsdauer, 4 Monate alt, zu Grunde geht. Zwei starben an

Brechdurchfall (2 Monate alt) und an Eklampsie (7 Monate alt). Das letzte endlich ist gesund und bleibt am Leben.

Bei 13 liefs sich nur bestimmen, wann zum letzten Male vor der Entbindung eine spezifische Behandlung stattgehabt hatte.

a) Davon sind 9 während der Schwangerschaft behandelt und zwar:

		bis zum Partus	1	
1. 5 her. syph.	Ki	bis 1 Monat ante partum	1	unmittelbar ante partum: 3.
		" 2 " " "	1	
		" 4 " " "	3	in der Mitte der Schwanger-
2. 4 gesunde	Kinder	" 5 " " "	1	schaft: 4.
		" 6 " " "	1	am Beginne der Schwanger-
		" 8 " " "	1	schaft: 2.

Es scheint sich aus dieser kleinen Zusammenstellung ohne Schwierigkeit die Bestätigung auch anderweitig hervorgehobener Thatsachen zu ergeben, daß eine möglichst frühzeitige Behandlung im Beginne der Gravidität von vorzüglichem Einflusse auf das Resultat derselben ist. Die Zahlen sind indes nicht groß genug, um weitgehende Schlüsse zu erlauben.

1. 5 hereditär-syphilitische Kinder: die Symptome traten in 2 Fällen im ersten Monate, in 2 Fällen nach 3 Monaten, in 1 Falle nach 6 Monaten auf. Die Kinder starben

im Alter von 1 Monat an Syph. haemorrhagica congenita,

" " " 3 Monaten an Brechdurchfall,

" " " 10 " " Miliartuberkulose,

" " " 11 " " hereditärer Syphilis,

" " " 1 Jahr 10 Monaten an hered. Syphilis und Pädatrophy.

2. 4 gesunde Kinder: bei allen fällt die Behandlung in den Anfang der Gravidität; davon sterben im Alter von

2 Monaten . . . 1 an Pädatrophy,

5 " . . . 1 an Cholera,

1 Jahr 1 an Rhachitis,

13 Monaten . . . 1 an Brechdurchfall.

b) 4 Mütter sind 1—2 Jahre ante partum zuletzt behandelt.

Von den Kindern ist eines hereditär-syphilitisch, erkrankt im zweiten Monate, stirbt nach 3 Wochen, sind 3 gesund, sterben 2½, 4 bezw. 5 Monate alt an Brechdurchfall.

Zusammengesetzt ergibt sich folgende Übersicht:

13 Frühsyphilitische mit unbestimmbarem Beginne der Syphilis, aber bestimmbarer letzter Behandlung.

9 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

5 her.-syph. Kinder		4 gesunde Kinder	
sterben	leben*	sterben	leben
4	1	3	1

4 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

1 her.-syph. Kind		3 gesunde Kinder	
sterben	leben	sterben	leben
1	—	3	—

* Am Ende des ersten Jahres.

43 Kinder, bei deren Müttern sich der Beginn der Syphilis bestimmen liefs.

I. Vergleich der Dauer der mütterlichen Syphilis mit dem Leben der Kinder.

Es datiert die Syphilis bei 5 Müttern	1 Jahr;	Von den Kindern werden 4 her.-syph.	Von den Kindern sterben 4, leben 1
" 9 " 1 — $1\frac{1}{2}$ "	"	6 " "	" 4, " 5
" 9 " $1\frac{1}{2}$ —2 "	"	5 " "	" 7, " 2
" 9 " 2 —3 "	"	5 " "	" 7, " 2
" 7 " 3 —4 "	"	4 " "	" 4, " 3
" 4 " über 4 "	"	1 " "	" 3, " 1

43 25 her.-syph.; sterben 29, leben 14=32,7%

II. Einfluß der Behandlung der mütterlichen Syphilis auf das Leben der Kinder.

1. 34 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

21 her.-syph. Kinder				13 gesunde Kinder			
zu früh geboren		mit Zeichen her. Syph. geboren		her.-syph. werdend			
3	3	3	15				
sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
3	—	3	—	13	2	5	8

2. 9 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

4 her.-syph. Kinder				5 gesunde Kinder	
mit Zeichen her. Syph. geboren		her.-syph. werdend			
2	2				
sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
2	—	2	—	1	4

III. Einfluß der Zeit der Behandlung der mütterl. Syphilis auf das Leben der Kinder.

a) Während der Schwangerschaft behandelt. 34; davon sterben 24, leben 10.

1. bis zum Partus behandelt	4; davon sterben 4, leben —.
2. im letzten Drittel der Schwangerschaft behandelt 13; "	" 11, " 2.
3. " mittleren " " " 11; "	" 5, " 6.
4. " ersten " " " 6; "	" 4, " 2.

b) Vor der Schwangerschaft behandelt	9; davon sterben	5, leben	4.
1. Kurz vor der Konzeption behandelt	2; " "	1, "	1.
2. ca. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Jahr vor der Konzeption behandelt .	5; " "	3, "	2.
3. über 1— $1\frac{1}{2}$ " " " " " "	2; " "	1, "	1.

Schliesslich beobachteten wir unter den Sekundärsyphilitischen noch 13 Schwangerschaften, die sich bei Individuen abspielten, die ich als am Ende der Sekundärperiode befindlich bezeichnen möchte, deshalb, weil kurz nach der Entbindung zum ersten Male tertiäre Symptome beobachtet wurden, während bis dahin nur sekundäre Formen bei den verschiedenen häufigen Recidiven gesehen waren. Ausserdem rechne ich zu dieser Kategorie jene Mütter, bei denen sich während der Gravidität Übergangsformen zwischen sekundärer und tertiärer Syphilis zeigten, z. B.: Papulöses Exanthem und grosse ulceröse Syphilide des Orificium urethrae, oder Papul. mucos. genital. und ulceröse Syphilide der Tonsillen, oder Psoriasis plantaris et palmaris specifica zugleich mit Knotensyphiliden und ähnlichem.

Von diesen 13 Individuen abortierten 2 (mens. VI.), deren Syphilis ca. 4 Jahre alt war und 3 Jahre vorher zuletzt behandelt war. Die übrigen 11 brachten lebende Kinder zur Welt und zwar 4 hereditärsyphilitische, von denen nur eins am Leben bleibt, und 7 gesunde Kinder, von denen 4 sterben.

Während der Schwangerschaft wurden behandelt 6

zuletzt $1\frac{1}{2}$ Mt.	ante partum	1
" 2	" " "	3
" 3	" " "	1
" 5	" " "	1

Vor der Schwangerschaft wurden behandelt 4

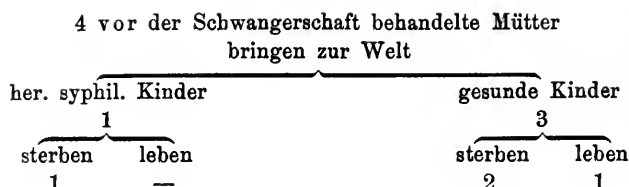
zuletzt 1 J. 2 Mt.	ante partum	1
" 1 " 6	" " "	2
" 2 " "	" " "	1

Wann zuletzt behandelt, nicht zu eruieren 1

11

6 während der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt

2 her.-syphil. Kinder				4 gesunde Kinder			
zu früh geboren		her.-syphil. werdend					
1		1					
sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
—	1	1	—	2	2		



Vergleich der Dauer der mütterlichen Syphilis mit dem Leben der Kinder.

Es datiert die Syphilis	Von den Kindern werden	Von den Kindern sterben
bei 3 Müttern unbestimmbar	2 her.-syph.	3
" 3 " 1—2 Jahre	1 " "	1
" 3 " 3—4 " "	1 " "	2
" 2 " über 5 Jahre	— " "	1
11	4	7

B) Während der Schwangerschaft sind latent syphilitisch: 67.

	Dauer der Syphilis:	Seit wann unbehandelt:
Aborte: 5, mens III ... 1	2½ Jahre	2 Jahre
IV ... 1	14 "	11 "
V ... 1	10½ "	7½ "
VII ... 1	über 4 "	? "
? ... 1	4½ "	? "

Bei den übrigen 62 datiert die Syphilis:

bei 5 über 2 Jahre; von den Kindern werden	2 her. syph.; von den Kindern sterben	3
" 3 " 3 " " " "	" 1 " " " " "	1
" 9 " 4 " " " "	" 2 " " " " "	6
" 10 " 5 " " " "	" 2 " " " " "	1
" 7 " 6 " " " "	" 2 " " " " "	4
" 7 " 7 " " " "	" — " " " " "	3
" 5 " 8 " " " "	" 2 " " " " "	2
" 3 " 9 " " " "	" 3 " " " " "	2
" 2 " 10 " " " "	" 1 " " " " "	—
" 3 " 11 " " " "	" 1 " " " " "	1
" 3 " 12 " " " "	" 1 " " " " "	1
" 3 " 13 " " " "	" 1 " " " " "	1
" 1 " 14 " " " "	" — " " " " "	1
" 1 " 15 " " " "	" — " " " " "	1

Bei 62 latent Syphilitischen werden 18 Kinder her.-syph.; sterben: 27 Kinder.

Mütter.					Kinder	
Während der Schwangerschaft behandelt					her.-syph.	sterben
2 Monate ante partum	....	1	—	—	—	—
4 " " "	....	1	—	—	—	—
5 " " "	....	2	—	1	—	1
Vor der Schwangerschaft behandelt					her.-syph.	sterben
1 Jahr ante partum	....	1	—	—	—	—
1 " 4 Mt. " "	....	2	1	2	1	2
1 ¹ / ₂ " " " "	....	1	—	1	—	1
1 ³ / ₄ " " " "	....	2	1	1	1	1
über 2 " " " "	....	5	2	2	2	2
" 3 " " " "	....	4	—	2	—	2
" 4 " " " "	....	10	2	4	2	4
" 5 " " " "	....	6	3	2	3	2
" 6 " " " "	....	8	3	5	3	5
" 7 " " " "	....	3	—	1	—	1
" 8 " " " "	....	4	3	2	3	2
" 9 " " " "	....	2	1	—	1	—
" 10 " " " "	....	10	2	4	2	4
					18	27

4 während der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt

her.-syph. Kinder	gesunde Kinder
—	4
	sterben leben
	1 3

58 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt

her.-syphilit. Kinder				gesunde Kinder	
18				40	
zu früh geboren		her. syphil. werdend			
1		17			
sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
1	—	8	9	18	22

Bemerkenswert ist, daß die Morbidität der Kinder bei latent-syphilitischen Müttern gerade halb so groß ist, wie die der von in der Frühperiode stehenden Puellen geborenen. Bei der Gruppe: Frühsyphilis erkranken unter 93 lebend geborenen Kindern 52, bei latenter Syphilis unter 62 nur 18 (ca. 56% : ca. 30%). Ebenso überragt die Mortalität in der ersten Gruppe die in der zweiten um ein beträchtliches: 66,6% : 44%.

Wie die Tabellen zeigen, scheint auch hier wieder der günstige Einfluß einer Merkurialisierung der Mutter während der Gravidität vorhanden zu sein. Die Zahlen sind zwar klein und können gewiß auf Zufälligkeiten beruhen; da das Resultat indes a priori als mit bisherigen

Beobachtungen übereinstimmend auffällt, so liegt kein Grund vor, an dem Erfolge zu zweifeln. Morbidität und Mortalität der von latent syphilitischen Individuen geborenen Kinder nimmt entschieden ab. Erstere beträgt nur 29%, letztere nur 44%, im Verhältnisse zu den Gesamtergebnissen immerhin beachtenswert günstige Zahlen, wenn man auch bedenken muß, daß es sich um Mütter handelt, die insgesamt intensiv während der fröhsyphilitischen Periode behandelt sind. Wenn also konstitutionell syphilitische Mütter schon 8—13 Jahre das syphilitische Virus in sich tragen, wenn sie durch intensive, frühzeitige Behandlung, vielleicht auch durch leichte Formen der Krankheit mehr als ein halbes Dutzend Jahre gänzlich symptomfrei geblieben sind, wenn diese doch noch Kindern das Leben geben, die später an zweifellos kongenitaler Lues erkranken, so spricht das doch für die eminent lange Vererbungsfähigkeit der Syphilis. Diese Individuen besitzen also im eigenen Körper Immunität oder Widerstandsfähigkeit genug, um einem Ausbruch der Krankheit zu entgehen; für den in ihnen neu sich entwickelnden Organismus reicht aber dieses Maß von Schutzkörpern nicht aus. Freilich besteht hier immer der oben bereits erwähnte Einwand, daß das Neugeborene in solchen Fällen möglicherweise die Erbschaft einem fröhsyphilitischen männlichen Erzeuger verdankt.

Die Beobachtungen, daß sich Übertragbarkeit der Syphilis der Mutter lange Jahre nach deren Infektion beim Kinde dokumentieren kann, sind nicht vereinzelt. CAMPBELL sah nach 17, WEIL und HENOCH noch nach 29 Jahren post infectionem den deletären Einfluß auf die Descendenz. FOURNIER³⁶ giebt in der citierten Studie über hereditäre Syphilis folgende kurze Zusammenstellung, die mir bemerkenswert erscheint:

Zeitraum nach der Infektion	Syph. Infektion des Kindes	Abort	Tod durch para- syphilitische Affektionen	Summa
6 Jahre	8	12	4	24
7 Jahre	3	7	9	19
8 Jahre	1	7	2	10
9—20 Jahre				9*

Ob es sich in diesen Fällen um mehr oder minder behandelte Fälle handelt oder nicht, ist allerdings nicht zu ersehen; später erwähnt FOURNIER indes, daß die doppelte Reinigung der mütterlichen Lues durch Zeit und antiluetische Kur auch nicht in allen Fällen zuträfe und Ausnahmen von diesem Gesetze zweifellos vorkämen. Daß diese Ausnahmen keines-

³⁶ FOURNIER, *Wien. med. Bl.* 1889 und *L'hérédité syphilitique*. 1891. S. 104.

wegs so selten sind, zeigen diese und die in den folgenden Tabellen niedergelegten Zahlen.

Der soeben besprochenen Kategorie von Fällen möchte ich einen Fall von Syphilis maligna anschließen, in welchem die betreffende Mutter ca. ein halbes Jahr vor der Konzeption infiziert, im fünften Monate der Schwangerschaft an sekundärer Syphilis erkrankt und behandelt ist, kurz vor der Niederkunft aber von typischen tertiären Erkrankungsformen befallen wurde. Im fünften Monate der Gravidität notierten wir Papulae mucos. tonsill. und Lichen syphiliticus. Kurz vor der Niederkunft entwickelte sich ein Gumma tibiae, an dem die Patientin auch noch während des Puerperiums behandelt werden mußte, zumal da der gummöse Prozeß sich auch noch auf dem Vorderarm etablierte. Das rechtzeitig geborene, ausgetragene Kind erkrankte im Alter von 2 Monaten an Brechdurchfall, genas und blieb bis zum Alter von $\frac{3}{4}$ Jahren völlig gesund, wurde dann der weiteren Beobachtung entzogen. (R. B. Prot. No. 104.)

C) Bei 33 Müttern bestanden während oder vor der Schwangerschaft tertiäre Erkrankungsformen. Die Nachkommenschaftsverhältnisse sind folgende: 2 Aborte bei über acht Jahre lang syphilitischen, $2\frac{1}{4}$ bzw. $4\frac{1}{4}$ Jahre unbehandelten Individuen; ferner 3 totgeborene, ausgetragene Kinder: Dauer der Syphilis $4\frac{1}{2}$ bzw. 7 bzw. über 13 Jahre, unbehandelt seit $1\frac{1}{2}$ bzw. 8 Jahren bzw. während der Gravidät behandelt.

Diese letzten drei ausgetragenen Kinder mitgerechnet, ihren Tod auf Kosten der Syphilis gesetzt, ergibt sich bei 31 tertiär syphilitischen Müttern die Dauer der Syphilis

bei 1 über $1\frac{1}{2}$ Jahre; von d. Kindern werden her.-syph. 1; von d. Kindern sterben 1										
„ 3	„ 3	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	2;	„ „	„ „	2
„ 3	„ 4	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	3;	„ „	„ „	3
„ 5	„ 5	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	—;	„ „	„ „	3
„ 3	„ 6	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	2;	„ „	„ „	2
„ 5	„ 7	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	3;	„ „	„ „	2
„ 3	„ 8	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	1;	„ „	„ „	—
„ 1	„ 9	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	—;	„ „	„ „	1
„ 2	„ 10	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	—;	„ „	„ „	—
„ 5	„ 11—14	„ „	„ „	„ „	„ „	„ „	2;	„ „	„ „	3
31 tertiäre Mütter				her.-syph. Kinder 14				es sterben 17		

Einfluß der Behandlung der mütterlichen Syphilis auf Syphilis und Leben der Kinder:

	her. Syph.	sterben
1. Wann zuletzt und ob behandelt, fraglich:	1	1
2. Während der Schwangerschaft behandelt:	10	7
bis kurz ante partum	2	2
„ 2 Mt. „ „	5	4
„ 3 „ „	1	—

bis 4 Mt. ante partum	1	1	—
" 5 " " "	1	1	1
3. Vor der Schwangerschaft behandelt:	20	7	9
kurz vor der Konzeption	3	—	1
bis 1 Jahr ante partum	1	—	—
" 1 ¹ / ₄ " " "	3	3	2
" 1 ¹ / ₂ " " "	2	2	1
" 1 ³ / ₄ " " "	1	1	1
" 2—2 ¹ / ₂ " " "	4	—	—
" 3—4 " " "	2	—	1
" 6—8 " " "	4	1	3
	31	14	17

10 während der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt:

6 her.-syph. Kinder				4 gesunde Kinder	
tot geboren	zu früh geboren	her.-syph. werdend		sterben	leben
1	sterben	leben	sterben	leben	
	—	—	4	2	2

20 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt:

7 her.-syph. Kinder				13 gesunde Kinder	
tot geboren	zu früh geboren	her.-syph. werdend		sterben	leben
1	sterben	leben	sterben	leben	
	1	—	2	4	9

Ein Blick auf die Zusammenstellungen zeigt, daß es gar nichts Seltenes, Irreguläres ist, wenn noch während der Tertiärperiode eine hereditäre Übertragung vorkommt. Wenn von 28 von tertiär-syphilitischer Mutter geborenen lebensfähigen Kindern 11 erkrankten, so entspricht das einer Morbidität von ca. 40⁰/₁₀₀. Eine Abnahme gegenüber der Fröh-syphilisübertragbarkeit ist also gleichfalls zu konstatieren. Das Factum ist nichts neues und unbekanntes; es verdient indes Beachtung mit Rücksicht auf die gelegentlich der Verhandlungen über die Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis auf dem letzten internationalen dermatologischen Kongresse³⁷ in London besonders von CAMPANA geäußerten Zweifel. Es bestätigt die bereits von HUTCHINSON,³⁸ FOURNIER, LASSAR, FOULARD, LESSER³⁹ u. a. betonte lange Übertragbarkeitsdauer von seiten der Frau. „Beim Weibe überdauert zweifellos,“ wie LESSER schreibt, „die Vererbungsfähigkeit die Ansteckungsfähigkeit um lange Zeit, ja für eine syphilitische Frau besteht diese Möglichkeit der Vererbung eigentlich während der ganzen Zeit der Konzeptionsfähigkeit.“ Erklärt wird diese

³⁷ Referat in der *Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 25.

³⁸ HUTCHINSON, *Syphilis*. London 1887.

³⁹ LESSER, Dürfen Syphilitische heiraten. *Therap. Monatsh.* August 1896.

Thatsache einerseits durch das verschiedene Verhalten der Keimzellen bei beiden Geschlechtern, andererseits dadurch, daß ein Übergang von konstitutionellen pathologischen Stoffwechselprodukten im Mutterleibe jederzeit denkbar ist. „Die Vererbungsfähigkeit,“ schreibt KASSOWITZ, „ist also ganz und gar unabhängig von dem Bestande tertiärsyphilitischer Affektionen bei dem vererbenden Individuum.“

So wichtig diese Thatsache auch ist, so ist sie auch fast allgemein anerkannt, so daß ich nicht länger bei dieser Auseinandersetzung zu verweilen brauche, sondern nur betonen will, daß nach unseren Beobachtungen von einem seltenen Vorkommnis nicht gesprochen werden darf. Auf die Frage, in welcher Form äußert sich die ererbte Krankheit beim Kinde einer tertiär-luetisch affizierten Mutter, einzugehen, würde unnötig sein, wenn nicht seltsamerweise GAMBERINI den Satz aufgestellt hätte: Die tertiäre Syphilis ist nicht virulent, doch kann sie auf die Kinder als latente oder als tertiäre, nie aber als sekundäre übergehen.

Dieser Satz, von seiten eines erfahrenen Syphilidologen ist um so befremdlicher, als ja allgemein bekannt ist, daß bei der hereditären Syphilis das zeitliche Zusammentreffen von Krankheitserscheinungen, welche bei der erworbenen Lues als sekundäre und tertiäre unterschieden werden, geradezu die Regel bildet, und daß weiter schwere viscerale Formen neben papulösen Hautsyphiliden um so häufiger gefunden werden, je recenter das mütterliche Leiden ist. Demgemäß finden sich bei alter, in tertiären Krankheitserscheinungen sich äußernder Syphilis der Mutter am häufigsten abgeschwächte Formen bei dem Kinde, die sich in benignen, cutanen Exanthen manifestieren, oder aber es verläuft (in selteneren Fällen) die Syphilis des Kindes bei der tertiären Mutter genau in derselben Weise, wie sie sich bei früher geborenen Kindern äußerte, zu der Zeit, als diese Mutter sich noch in der Sekundärperiode befand.

Ein Beispiel für viele: Wir beobachteten bei einer Prostituierten während der Sekundärperiode Schwangerschaft und Entbindung: das ausgetragene Kind wird im Alter von 7 Wochen mit Coryza, papulo-squamösem Exanthem (wunderschöne Psoriasis palmaris et plantaris duplex) aufgenommen und mit Sublimatbädern behandelt und geheilt. Exitus an Brechdurchfall im Alter von einem halben Jahre. Drei Jahre später wird die Mutter wegen großer Knotensyphilide über der Schulter und in der Taille und wegen eines typischen tertiären Gaumenulcus einem Traitement mixte unterzogen. Ein Jahr hierauf abermals Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes. Dasselbe erkrankt, 2 Monate alt, in genau derselben Weise wie sein erstgeborenes Geschwister. Krankengeschichte fast wörtlich übereinstimmend. Exitus im Alter von 7 Monaten, nachdem im vierten Monate ein Recidiv des Exanthems durch spezifische Therapie beseitigt war.

Die beiden folgenden Tabellen veranschaulichen das Gesamtergebnis, das wir bei unseren Fällen bezüglich Dauer der Syphilis und Zeit der Behandlung erhielten. Ein genaueres Eingehen auf die Zahlenverhältnisse erscheint nach den speziellen Erörterungen im vorstehenden überflüssig.

Gesamtübersicht über das Verhältnis zwischen Dauer der Syphilis der Mütter, kindlicher Syphilis und Leben.

Dauer der Syphilis ante partum	Zahl der Fälle	Hereditäre Syphilis	Sterben
3—6 Monate	3	2	3
7—9 „	3	2	2
9 „	14	10	7
1 Jahr.....	5	4	4
1—1½ Jahre.....	10	6	4
1½—2 „	11	7	9
2—3 „	15	7	10
3—4 „	14	8	9
4—5 „	18	6	12
5—6 „	17	2	5
6—7 „	10	4	6
7—8 „	12	3	5
8—9 „	8	3	2
9—10 „	4	3	3
10—11 „	4	1	—
11—16 „	16	5	8
Summa	164	73	99

Gesamtübersicht über den Einfluss der Behandlung der mütterlichen Syphilis auf die Syphilis und das Leben der Kinder.

83 während der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt

48 her.-syph. Kinder				35 gesunde Kinder	
ausgetragen totgeboren	zu früh geboren	mit Zeichen her. Syph. bei der Geburt	her.-syph. versehen werdend		
	10	3	34		
	sterben leben	sterben leben	sterben leben	sterben leben	
1	7 3	3 —	27 7	16 19	

95 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt

31 her.-syph. Kinder				64 gesunde Kinder	
ausgetragen totgeboren	zu früh geboren	mit Zeichen her. Syph. bei der Geburt	her.-syph. versehen werdend		
	2	2	27		
	sterben leben	sterben leben	sterben leben	sterben leben	
2	2 —	2 —	16 11	28 36	

Es erübrigt schliesslich noch, eine Frage kurz zu streifen, die zweifellos von Interesse ist. Es handelt sich darum, ob die Schwere der Syphilis, der Charakter der Krankheit von konstatierbarem Einflusse auf die Vererbung ist, ob eine bestimmte Beziehung zwischen der Heftigkeit der syphilitischen Infektion der Mutter und dem Ausgange der Schwangerschaft besteht. Zu diesem Zwecke lassen sich die Descendenzverhältnisse syphilitischer Mütter unter dem Gesichtspunkte betrachten, daß man die Zahl der vor und während der Schwangerschaft beobachteten Manifestationen mit den Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnissen der Kinder vergleicht. Ich füge zu diesem Zwecke die folgende Tabelle bei, deren

Erkrankt und behandelt	I. Heredit.-syphil. Kinder:			II. Syphilisfreie Kinder:			
	Im ersten Halb- jahre verstorben oder der Beob- achtung entzog.	Im zweit. Halb- jahre verstorben oder der Beob- achtung entzog.	Lebend, aus der Kontrolle entlassen	Im ersten Halb- jahre verstorben oder der Beob- achtung entzog.	Im zweit. Halb- jahre verstorben oder der Beob- achtung entzog.	Lebend, aus der Kontrolle entlassen	
a) ante graviditatem 1 mal	2	1	3	6	4	6	22
2 mal	1	1	1	6	6	6	21
3 mal	2	3	2	4	1	5	17
4 mal	2	—	1	3	—	4	10
5 mal	1	2	1	3	—	2	9
6 mal	—	—	—	1	—	—	1
7 mal	—	—	1	1	—	2	4 = 84
b) intra graviditatem 1 mal	27	6	4	14	5	16	72
2 mal	6	1	1	4	—	—	12
3 mal	—	—	—	1	—	—	1
5 mal	—	—	1	—	—	1	2
Summa:	33	7	6	19	5	17	87
davon ante graviditatem							
1 mal	9	1	1	3	2	7	23
2 mal	4	—	2	3	1	3	13
3 mal	4	1	—	3	—	1	9
4 mal	4	1	—	1	—	3	9
5 mal	1	1	—	1	—	—	3
6 mal	1	1	—	2	—	1	5
7 mal	2	—	—	—	—	1 (9mal)	3
(während der Entbindung Symptome	3	2	—	4	—	1	10)
c) fraglich, wie oft behandelt und erkrankt	5	3	3	2	2	5	20

linke Hälfte die Beobachtungen bei zu früh geborenen und hereditär-syphilitischen Neugeborenen illustriert, während die rechte die gleichen Punkte bei den Kindern syphilitischer Mütter bringt, die ausgetragen,

lebensfähig und gesund zur Welt kommen und während des Lebens keine Zeichen einer kongenitalen Erkrankung bieten. Ich habe das Material in zwei Kategorien geteilt: solche, bei denen die luetischen Manifestationen vor die Gravidität fallen, und solche, die innerhalb der Schwangerschaft an manifester Syphilis behandelt wurden.

Bei den letzteren ist ferner noch angegeben, wieviel Recidive vor der Konzeption aufgetreten und behandelt sind.

Die Tabellen lassen erkennen, daß betreffs der Prognose quoad Leben und Erkrankung der Kinder keine wesentlichen Unterschiede bestehen zwischen den Müttern, die häufig Recidive zu überstehen hatten und denen, die nur 2—3 mal Attacken durchzumachen hatten. Es bestätigen demgemäß unsere Fälle FOURNIERS Behauptungen, daß der Einfluß einer schweren Syphilis auf die Nachkommenschaft sich zuweilen geltend machen kann, daß dies aber nicht die Regel ist.

Ich habe, wie bereits erwähnt, es nicht unterlassen, die von syphilitischen Puellen geborenen Kinder auch noch nach der Beendigung des ersten Lebensjahres zu kontrollieren. Es war mir mit Hilfe des Einwohnermeldebureaus, der Sittenpolizei, des Kostkinderinstituts u. s. w. in einer größeren Anzahl von Fällen möglich, den jetzigen Status aufzunehmen. In welchem Alter die betreffenden Kinder standen, zeigt die Tabelle II (s. vorn). Es war selbstverständlich, daß hier auf alle jene Zeichen ganz besonders geachtet wurde, die in irgend einer Weise als pathognomonisch gelten könnten. Indes waren die Nachforschungen in dieser Hinsicht nicht besonders ergebnisreich. Dreimal fand ich bei 8½, 9½ bzw. 15½ Jahre alten Mädchen Zähne, die ich für typische HUTCHINSONSche halten möchte. Einmal konstatierte ich bei einem 8jährigen Mädchen neben einer schiefen Kopfform — das rechte Auge steht tiefer als das linke — eine Randkeratitis; bei einem 4½ Jahre alten Knaben fand sich die als „front bombé“ bezeichnete Kopfbildung; sämtliche Kinder hatten während der Kontrollzeit keine manifesten Symptome der hereditären Syphilis dargeboten. Bei einem 6jährigen Mädchen, das im ersten Lebensjahre an Osteochondritis specifica behandelt war, fand sich eine linksseitige Armlähmung.

In den übrigen Fällen ergaben sich außer für Rhachitis charakteristischen Befunden keine pathognomonischen Stigmata, insonderheit keine Narben am Mundwinkel und am Naseneingang, keine derben, spröden Fingernägel, keine unregelmäßigen, abnorm langen Cilien u. s. w., wie sie besonders HOCHSINGER⁴¹ beobachtet hat, der sich wohl mit dieser Frage am eingehendsten, jedenfalls auf das größte Material fußend, befaßt hat. In

⁴¹ Vortrag in der pädiatrischen Sektion der 62. Vers. d. Naturf. u. Ärzte zu Heidelberg.

keinem meiner Fälle war irgend eine Anomalie in der geistigen Entwicklung zu konstatieren, die cerebralen Funktionen erschienen stets normal (kein Zurückbleiben in der Schule, Enuresis nocturna, Pavor nocturnus, Epilepsie), Mifs- oder Hemmungsbildungen wurden nicht festgestellt, Zahnwechsel, erste Geh- und Sprechversuche hatten zu normaler Zeit stattgefunden. Ich verhehle mir nicht, daß das erreichbare Material nicht groß genug war, um einen Beitrag auch zu diesen Fragen zu ermöglichen.

Schließlich verfehle ich nicht, meinem hochverehrten Chef Herrn Oberarzt Dr. ENGEL-REIMERS meinen wärmsten Dank für die gütige Überlassung des Materials, die Anregung zu dieser Arbeit und die im reichsten Maße bei der Abfassung derselben gewährte Unterstützung auszusprechen.

Hamburg, Dezember 1896.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft von Grossbritannien und Irland.

Sitzung vom 20. Mai 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* Juli 1896.)

Der Vorsitzende Dr. J. F. PAYNE hält einen Vortrag über die **Ätiologie der Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Rolle, welche die Mikroorganismen hierbei spielen.** (S. das Referat Bd. XXIII, pag. 634.)

Dr. W. G. SMITH teilt seine Erfahrungen über **Chrysarobin und Chrysophansäure** mit. Der Vortragende beschäftigt sich zunächst mit der chemischen Zusammensetzung und den Eigenschaften beider Präparate. Die Versuche, die er mit einer Chrysarobinsalbe und einer Chrysophansäuresalbe an Psoriasispatienten angestellt, hätten das Resultat ergeben, daß die letztere auch nicht im entferntesten an Wirksamkeit der ersteren gleichkäme und deshalb auch nicht im stande sei, die Chrysarobinsalbe zu ersetzen, wenngleich es feststehe, daß die Chrysophansäuresalbe die Haut viel weniger irritiere als die Chrysarobinsalbe.

Dr. STOPFORD TAYLOR: Drei Faktoren beeinflussen die Wirksamkeit des Chrysarobins: 1. die Sensibilität der Haut; 2. die Konzentration des Medikamentes; 3. die Methode der Applikation. Chrysarobin, bei parasitären Hautaffektionen appliziert, rufe an erster Stelle eine rapide Desquamation hervor, durch welche die Haut mechanisch von den Pilzkeimen befreit werde. Es sei zweifelhaft, ob Chrysarobin ein wahres parasitizides Mittel sei. Bei Tinea tonsurans habe dasselbe keine genügend durchdringende Kraft, um den Pilz in den tieferen Teilen der Haarfollikel anzugreifen.

Dr. WÄLSH demonstriert einen Fall von Ekzem an drei Fingern der rechten Hand, das er der Bequemlichkeit wegen **Fingerhutekzem** bezeichnen möchte. Es begann vor drei Jahren, nachdem die Patientin einen alten, messingenen Fingerhut

getragen hatte. Von dem einen Finger pflanzte es sich auf die beiden nächsten fort. Jüngst hatte die Patientin ein akutes Ekzem am rechten Ohr.

Dr. EDDOWES zeigt eine Abbildung eines ähnlichen Falles, den er vor einiger Zeit in der Gesellschaft vorgestellt hatte.

Sitzung vom 1. Juli 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* August 1896.)

Dr. PH. ABRAHAM stellt 1. eine Frau vor mit **Xeroderma pigmentosa**. Die Haut am ganzen Körper, besonders an den Beinen und Armen, zeigt einen rauhen, schuppigen Zustand. Zahlreiche atrophische Flecken sieht man besonders an Unter- und Oberschenkeln, und große und kleine gelblichbraune Stellen am Hals, an den Schultern, am oberen Teile der Brust und der Arme. Der Zustand besteht seit der Kindheit und hat sich im Laufe der Jahre fast gar nicht verändert. In der letzten Zeit hat die Patientin viel von varikösen Venen und Geschwüren an den Unterschenkeln zu leiden gehabt. Auch sonst war ihr Allgemeinbefinden nicht das beste. Die Behandlung mit Thyreoidextrakt innerlich und Kreolinbädern hat während der letzten drei Wochen eine Besserung des Hautleidens herbeigeführt. — 2. Ein **Kind mit generalisierter Vaccinia**. Etwa vier Wochen nach der Vaccination sind an den Armen, am Thorax, im Gesicht zahlreiche Pusteln aufgetreten, die einen ähnlichen Entwicklungsprozesses durchmachen, wie die Vaccinepusteln. 3. Ein einjähriges Kind mit einem Ausschlage, der aus roten, durchscheinenden, flachen Papeln an den unteren Partien des Rückens und am Gesäfs bestand und heftiges Jucken verursachte. Der Ausschlag erinnert lebhaft an **Lichen planus**. Einige ähnliche Papeln befinden sich an den Wangen und an den Seiten der Nase. Der Ausschlag begann, als das Kind vier Monate alt war. Das Kind hat auch „Schnupfen“ gehabt. Die Mutter leidet an Syphilis. Hydrargyrum cum Crêta hat rapide Besserung herbeigeführt. (Der Fall dürfte doch wohl besser als Syphilis anzusehen sein. D. Ref.)

Dr. PAYNE stellt ein siebenjähriges Mädchen mit einem roten papulösen und schuppenden Ausschlage vor, der entweder als **Lichen ruber** oder **Pityriasis rubra pilaris** angesehen werden kann. Die Krankheit begann vor drei Jahren im Anschlusse an einen Anfall von Schafpocken mit roten Papeln, die mit dünnen Schuppen bedeckt waren und teilweise konfluieren. Die Papeln hatten nicht das glatte, durchscheinende Aussehen von Lichen planus. Befallen waren die Arme, Hände, besonders die Streckseiten, ferner das Gesäfs, die hintere Fläche der Oberschenkel, die vordere Fläche der Unterschenkel. Im Gesichte war diffuse Hyperämie mit Schuppung. Auf der Kopfhaut waren einige schuppige Stellen. Nirgends zeigte sich Nässen der Haut; das Jucken war gering. Unter Arsenik innerlich, Zinkkarbolsalbe und Teerpräparaten äußerlich besserte sich der Zustand bedeutend und war im August 1895 fast vollständig verschwunden. Im April 1896 brach ein Recidiv aus, das sich auf die Ellenbogen, Knie, Gesäfs und benachbarte Körperteile beschränkte und aus diffusen, mit dickeren Schuppen bedeckten Plaques besteht, die ihren papulösen Charakter noch deutlich erkennen lassen. Im Gesichte bemerkt man einige schuppige Papeln. Vortragender möchte in Ermangelung einer bestimmten Diagnose bis auf weiteres den Fall als **Lichen ruber** bezeichnen.

Dr. G. PERNET spricht über **Pemphigus der Conjunctiva**. Der Zustand kann infolge von Infektion einer Wunde mit einem spezifischen Mikroorganismus entstehen. Abgesehen davon, daß der Pemphigus der Conjunctiva als Theilerscheinung einer allgemeinen Eruption entstehen kann, kommen noch folgende Möglichkeiten für die Entstehung desselben in Betracht:

1. Die Conjunctiva kann primär durch Kratzen oder bei irgend einer Verletzung des Auges mit dem *Diplococcus* infiziert werden;

2. sekundär kann die Infektion erfolgen, wenn die Hände der Patienten oder der Wärter Infektionsstoffe von einer an einem anderen Körperteile befindlichen Pemphigusblase ins Auge bringen;

3. von der Nase aus durch den Ductus naso-lacimalis.

Dr. PYE-SMITH demonstriert einen **Fall mit chronischem, recidivierendem Ekzem oder kongenitaler Xerodermia**. Die Haut des 15jährigen, kleinen, dürftig genährten Knaben ist trocken, besonders auf dem Kopfe, am Stroma und an den Handtellern. Das Haar ist glanzlos. Die inneren Organe sind gesund. Der Zustand besteht seit dem zweiten Lebensjahre des Patienten und soll im Gesichte begonnen haben. Er wird besser und schlechter (namentlich im Winter), ist aber niemals verschwunden. — Neben der Trockenheit der Haut sieht man hier und da kleine Papeln und entzündete und nässende Stellen. Das Leiden verursacht zeitweilig heftiges Jucken. — Warme Bäder, Einreibung mit Olivenöl und Applikation einer Bleisalbe haben eine wohlthuende Wirkung auf den Zustand ausgeübt.

Dr. STOWERS demonstriert 1. einen **Fall von Pityriasis rosea** bei einem zwölfjährigen Knaben. Die Affektion begann vor zwei Monaten zuerst an der Beugeseite des rechten Ellenbogengelenks, später wurden Stroma, Gesicht, Hände und Füße befallen; 2. eine 54jährige Frau mit **Morphoea**. Die Krankheit begann vor acht Monaten in wunderbar symmetrischer Weise auf beiden Körperhälften mit verdickten, elfenbeinartig aussehenden Hautstellen, die von einem, von dilatierten Blutgefäßen herrührenden roten Saum umgeben waren.

C. Berliner-Aachen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Juni 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* Juli 1896.)

Dr. CAVAFY stellt einen **Fall von symmetrischer Morphoea** vor. Die 50jährige Patientin, deren Leiden bereits in der Februarsitzung des Jahres 1895 beschrieben worden ist, jedoch nicht bestimmt diagnostiziert werden konnte, zeigt jetzt an beiden Beinen, unterhalb des Knies und in beiden Kniekehlen ziemlich symmetrisch scharf begrenzte, narbenähnliche Hautstellen. Die rechte Seite ist etwas stärker befallen, als die linke. Die Stellen sind von beträchtlicher Gröfse, von ovaler oder unregelmäßiger Gestalt und von einer äufserst zarten und schmalen Zone eines violetten Erythems umgeben. Die eingeschlossene Haut ist gelblichweiß, etwas vertieft, an vielen Stellen runzelig; die kleineren Plaques sind glatt. In der rechten Kniekehle ist Ulceration in geringem Grade vorhanden. Die ergriffene Haut fühlt sich hart, pergamentartig an. Die Sensibilität an den befallenen Stellen ist nicht bemerkenswert herabgesetzt. — Die Patientin ist sonst ganz gesund.

Dr. J. GALLOWAY demonstriert 1) ein dreijähriges Mädchen mit **Erythema multiforme**. Das Kind war früher gesund. Vor fünf Wochen bekam es einen Ausschlag, der als Urticaria angesehen worden ist. Derselbe besserte sich, ist jedoch seit der Zeit wiederholt in mehr oder weniger heftigen Attacken aufgetreten. Befallen sind Gesicht, oberer und unterer Teil des Stammes, Extremitäten. Die zahlreichen verschieden grofsen Efflorescenzen sind zumeist von bullösem Charakter, eine Anzahl sind zu Gruppen vereinigt und zeigen die Tendenz zu konfluieren. Diese letzteren sind von Ringen umgeben, deren Farbe für „Herpes iris“ so charakteristisch ist. Unter milden Applikationen haben die Anfälle an Heftigkeit verloren, und sind seltener

geworden; 2) ein zwölfjähriges **Mädchen mit beginnendem Molluscum fibrosum und excessiver Pigmentation**. Die Pigmentation besteht seit der Geburt, sie betrifft einzelne umschriebene Hautstellen. Im Laufe der Jahre sind dieselben dunkler geworden. Neben der Pigmentation wurden gleich nach der Geburt bei dem Kinde an vielen Hautpartien kleine, weiche Tumoren bemerkt, die sich nur wenig über das Niveau der Haut erhoben. Die Zahl der Tumoren hat seitdem zugenommen, während dieselben nicht gröfser geworden zu sein scheinen.

Ein **Fall zur Diagnose**, vorgestellt von Dr. ST. MACKENZIE. Das 20jährige Mädchen zeigt in der rechten Schläfengegend einige warzenähnliche Exkreszenzen, von denen die einen halb durchscheinend, die anderen opak sind. Nachdem einige mit Salicylkollodium und mit dem Paquelin beseitigt worden sind, zeigt die Affektion Neigung, auf die angrenzende Kopfhaut sich auszudehnen.

Unter den Mitgliedern herrscht die Ansicht vor, dafs es sich um ein Muttermal mit Vergröfserung der Talgdrüsen handelt.

Herr M. MORRIS demonstriert 1) einen **Fall von Favus der Kopfhaut** bei einer 39 Jahre alten Dame. Die Affektion besteht seit zwei Jahren; die Diagnose ist durch den mikroskopischen Befund gesichert; 2) eine 19jährige junge Frau mit einem seit fünf Jahren bestehenden serpiginösen Ausschlage am linken Handteller. Trotz mannigfacher Ähnlichkeit mit Psoriasis palmaris syphilitica sind für den spezifischen Charakter der Affektion keinerlei Anhaltspunkte vorhanden. Die Behandlung ist bisher erfolglos geblieben. Vortragender nimmt **Lupus erythematosus** als vorliegend an; 3) Einen **Fall von akutem Lupus erythematosus** bei einem 17jährigen Mädchen. Die Krankheit besteht erst seit zwei Monaten und hat in dieser relativ kurzen Zeit die Wangen, Nase, Augenlider, Stirn und beide Ohr läppchen ergriffen. Ausserdem waren zirkuläre Flecken an den Fingern vorhanden, welche an Frostbeulen erinnerten; 4) einen ungewöhnlichen **Fall von Lupus erythematosus** bei einer 45jährigen Frau, die im November 1895 typischen Lupus erythematosus an den Wangen, auf dem Kopfe, an den Fingern und Zehen zeigte. Ende Dezember waren alle Anzeichen des erythematösen Charakters der Krankheit vom Gesichte verschwunden an einzelnen Stellen ein runzeliges, schwach atrophisches Aussehen der Haut hinterlassend. Die Zehen und Finger waren weniger geschwollen und gerötet als zuvor. Mitte Februar kehrte die Krankheit mit erneuter Vehemenz um den Mund herum (aber nicht an den Wangen), an Händen und Füfsen und auf der Kopfhaut wieder. Das Recidiv ist viel erster als der erste Ausbruch; 5) ein 13 Wochen altes Kind mit einer Blaseneruption am unteren Teil des Abdomens, am Gesäfs, an den Oberschenkeln, an Händen und Fingern und an den unteren Partien der Beine. Die meisten der isolierten Blasen gleichen generalisierter Vaccinia. Zwei kleine Bläschen befinden sich auf der Zunge. Die Eruption begann, als das Kind elf Wochen alt war. Mit fünf Wochen ist es geimpft worden, so dafs man nicht annehmen kann, der Ausschlag rühre von der Impfung her. Anzeichen von Syphilis sind nicht vorhanden. Vortragender stellt einstweilen die Diagnose **Dermatitis herpetiformis**.

Dr PRINGLE demonstriert 1) einen 25jährigen Mann, der seit vier Jahren an **Syphilis** leidet und zahlreiche alte und frische, **stark vertiefte Narben** zeigt, welche genau denen nach stattgehabter Vaccination gleichen. Das Interessante am Falle ist, dafs sowohl die Eruptionen des sekundären, wie des tertiären Stadiums Narben hinterliessen mit dem Unterschiede, dafs die älteren weifs, die jüngeren stärker pigmentiert aussehen. Einige der ersteren zeigen einen keloidartigen Charakter 2) ein 23jähriges Mädchen mit seit zwei Jahren bestehendem **Lichen planus hypertrophicus**. Im September 1895 bei der ersten Besichtigung zeigte die Patientin

eine nahezu rechteckige Plaque von tiefdunkler Farbe an der Streckseite des linken Vorderarmes genau über dem Handgelenk. Um die Stelle herum sah man zahlreiche kleine, flachköpfige, durchscheinende, bläsrötlichbraune Lichenpapeln zu Gruppen vereinigt. Unter Arsenik verschwanden alle Efflorescenzen bis auf die rechteckige Plaque, die noch einige Monate persistierte, als der rechte Arm von zahlreichen Efflorescenzen befallen wurde, die dem **Lichen simplex** nach VIDALS und BROCCS Beschreibung entsprachen. Neuerdings sind solche Efflorescenzen an beiden Vorderarmen aufgetreten; 3) einen Fall von typischem **Lichen planus** bei einer 28jährigen, farbigen Frau, bei der die blassen charakteristischen Lichenknötchen mit der dunklen Hautfarbe der Patientin scharf kontrastieren; 4) ein sechs Monate altes, tuberkulös belastetes Kind mit karfunkelartigen, grossen Knoten an verschiedenen Körperstellen, die von den Mitgliedern als **tuberkulöse Gummata** angesprochen werden. Für Syphilis liegen keine Anhaltspunkte vor.

C. Berliner-Aachen.

Russisch-Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Oktober 1896.

J. P. KOROWIN: **Multipler Hautkrebs mit Demonstration der betreffenden mikroskopischen Präparate.** Carcinomatöse Neubildungen der Haut sind selten, gewöhnlich bestehen sie in krebsigen Infiltrationen und entwickeln sich nicht primär, sondern im Anschluß an den Krebs anderer Organe. Zuweilen werden multiple Carcinome, die auf embolischem Wege entstehen, beobachtet. In letzterem Falle entstehen in der Haut leicht bewegliche, nur selten miteinander konfluierende Knötchen. Diese Krebsform ist noch seltener. Ein Fall ist von ROSELER, ein anderer von KAPOSI beschrieben. Der Fall KOROWINS verlief intra vitam unter dem Bild von Rupien. Aus dem Krankenbogen manifestiert sich, daß Patient, Bauer 63 J. alt, 2¹/₂ Monate vor Aufnahme ins Hospital erkrankte, wo er nach zwei Monaten verstarb. Auf der Kopfhaut hatte er ekthymatöse, mit Krusten bedeckte Wunden von 1—8 cm im Durchmesser. Vom selben Aussehen waren auch die andern Wunden, sehr verschiedener GröÙe. Infiltrationen befanden sich an verschiedenen Körperteilen. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung der Haut und der inneren Organe führten KOROWIN zur Diagnose des kleinzelligen Krebses, der seinen Anfang an der Kopfhaut genommen und auf dem Blutwege in die Lunge gedrungen war. Die Ursache des Exitus war Pyämie, hervorgerufen durch die Wunden der Haut, und die Krebskachexie. Schon die Anwesenheit niederer Organismen in den GefäÙen der Leber, des Herzens, der Lunge u. a. sprechen unzweifelhaft für die Blutvergiftung. Darauf wies auch die parenchymatöse Degeneration der Organe hin.

In der darauffolgenden Diskussion sagte TARNOVSKY, daß der betreffende Patient vor einiger Zeit der Gesellschaft von Dr. JELZINA demonstriert worden war, wobei die Mehrzahl der Mitglieder sich auf die Diagnose der galoppierenden Syphilis geeinigt hatte. Die bakteriologische Untersuchung der Eiterherde und Knoten, die von WLJAJEW vorgenommen worden war, ergab die Anwesenheit von Streptokokken, des Staphylococcus aureus und besonderer Stäbchen, die sich bei Einimpfung Tieren gegenüber als sehr schädlich erwiesen, und im Blute fand sich dasselbe. Das Carcinom der Haut habe nie die obenbeschriebene Form; Opponent selbst, sowie die Mitglieder des neulichen Dermatologischen Kongresses zu London, wo eine Abbildung des Kranken ausgestellt gewesen war, hatten einen solchen Fall nie gesehen. TARNOVSKY erklärte den perniciosösen Verlauf der Affektion durch die Mischinfektion von Krebs und Syphilis, sowohl wegen der in Menge anwesenden granulatiösen Elemente, als auch wegen der Ähnlichkeit mit Carcinom und dem schnellen Verlauf.

PETERSEN hält den Fall für maligne Lues.

T. P. PAWLOW: Ein Projekt zum Vortrage zum Kongress der Syphilitologen über die Nomenklatur der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Vortragender schlägt vor, die Luetiker überall in infektiöse und nicht infektiöse einzuteilen; alle venerischen Kranken in Tripperkranke und Ulcus molle-Kranke zu differenzieren. In der allgemeinen Rubrik „Syphilis“ (besonders für Männer und für Weiber):

I. Primäre Erscheinungen:

a) genitale Infektion, b) extragenitale Infektion.

II. Sekundäre Erscheinungen — das primäre Exanthem bei Anwesenheit des Primäraffektes oder ohne denselben.

III. Sekundäre Erscheinungen — das Recidiv.

IV. Tertiäre Erscheinungen:

a) Affektionen der Haut, der Schleimbhäute und der äußeren Weichteile im allgemeinen.

b) Affektionen des Periosts und des Knochensystems.

c) Affektionen der inneren Organe.

V. Syphilis hereditaria.

In der Allgemeinrubrik der „Blennorrhoe“:

I. Urethritis blennorrh. simplex.

II. Urethritis blennorrh. acut.

III. Urethritis blennorrh. chronic. et c. complicat. (Aufzählung der verschiedenen Komplikationen).

In der Allgemeinrubrik des „Ulcus molle“:

I. Ulcus molle simplex.

II. Ulcus molle et complic. (Aufzählung der verschiedenen Komplikationen).

Die Kinder sind in einer besonderen Abteilung zusammengefasst in folgenden Rubriken:

Syphilis:

a) erworben, b) hereditär;

Ulcus molle;

Blennorrhoe; Blennorrhoea vestibuli et vaginae; Blennorrhoea neonatorum;

Phimosi; Paraphimosi.

Der Vortrag PAWLOWS rief rege Diskussion hervor. Es wurde beschlossen, die obige Einteilung in die vier Rubriken anzunehmen ohne die Unterabteilungen, die man dann später in einer besonderen Beschreibung näher erläutern könne. Das ausgearbeitete Projekt soll dann in der nächsten Sitzung zur endgültigen Diskussion der Gesellschaft vorgelegt werden.

Sitzung vom 30. November 1896.

Prof. PETERSEN demonstriert einen Patienten mit einer **Affektion der Unterlippe, die so einer krebsartigen ähnelte**, daß in einer der hauptstädtischen Ambulatorien dem Kranken das Extr. chelidon. maj. injiziert wurde, obgleich Anamnese und objektive Untersuchung mehr für ein Gumma sprachen. Und wirklich, bei Jodbehandlung ging die lokale Affektion zurück.

Das Projekt über die Nomenklatur der Lues und der venerischen Krankheiten, das zum bevorstehenden Kongress vorgeschlagen werden sollte und das den übrigen Mitgliedern der Gesellschaft in besonderen Druckabzügen zugestellt worden war, rief lebhafte Diskussion hervor. Nach Ballotement der einzelnen Meinungen über eine wünschenswerte Nomenklatur der Lues wurde beschlossen: eine acquirierte und eine hereditäre Lues zu unterscheiden und dem Verlauf nach sie in drei Stufen zu

teilen: 1. Primäraffekt (genitale oder extragenitale Infektion). 2. Sekundäre oder kondylomatöse Erscheinungen: a) Syphil. condyl. recens, b) Syphil. condyl. recidiva. 3. Gummöse Symptome. In jedem Stadium sollen präzise die Anfälle beschrieben werden. Bei der hereditären Lues ist eine Früh- und Spätform zu unterscheiden. Ferner die parasyphilitischen Erscheinungen zu konstatieren, wie Paralysis progressiva, insofern sie aufluetischer Basis beruht, Tabes dorsalis und syphilitische Dystrophie.

G. HERZENSTEIN: **Die fliegenden Abteilungen im Kampfe mit der Syphilis.** Die Diskussion ist bis zur nächsten Sitzung verlegt worden.

G. HERZENSTEIN: **Über die Untersuchung der Wehrpflichtigen, als ein Mittel im Kampf mit der Syphilis.** Folgende Thesen: 1. Alle Wehrpflichtigen unterliegen einer ärztlichen Untersuchung auf die Anwesenheit von Syphilis. 2. Alle Syphilitiker, im infektiösen Stadium, müssen sofort im Hospital interniert werden zum Zwecke der Heilung, ganz gleich, ob sie zum Militärdienst tauglich oder nicht befunden werden. 3. Die Kosten der Behandlung dürfen weder den Patienten, noch den Dorfkassen oder der Gemeinde, zu der Patient gehört, zur Last fallen.

In der Diskussion wurde der Vorschlag dahin abgeändert, daß statt der zwaangsweisen Internierung nur den Patienten die Möglichkeit zur Behandlung geboten werden soll.

TARNOVSKY fügte hinzu, daß das Militärministerium, soviel ihm bewußt, nicht abgeneigt sein werde, die Mittel zur Hospitalbehandlung dieser Kranken zu bieten.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Besprechungen.

Diagnostik der Harnkrankheiten, von Prof. Dr. POSNER. 2. Auflage (Berlin, 1896. August Hirschwald). Die günstige Prognose, die seiner Zeit in diesen Blättern dem vorzüglichen Werkchen POSNERS gestellt wurde, ist eingetroffen, wie es auch nicht anders zu erwarten war bei der knappen und präzisen Anschauungsweise des allbekannten Autors. Vor uns liegt die zweite Auflage, der hoffentlich in noch kürzerer Zeit die dritte folgen wird. Wenn wir für die weiteren Auflagen einen Wunsch zu äußern wagen, so ist es der, in Zukunft auch den Diabetes von der sachkundigen Feder des Verfassers in obigem Werke beschrieben zu sehen. Denn mit demselben Rechte, wie er die Blennorrhoe daselbst abhandelt, mit demselben Rechte kann auch der Diabetes einen Platz daselbst beanspruchen; umsomehr, als gerade bei dieser Affektion in den letzten Jahren die Theorien und Anschauungen sich sehr verschoben haben. Meines Erachtens würden viele Kollegen dem Autor hierfür sehr dankbar sein.

P. Taenzer-Bremen.

Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden, von F. GRIMM. (Berlin, 1896. S. Karger.) Das mit einem Vorwort von Geheimrat LEWIN versehene Werkchen giebt in knapper, präziser Darstellung die Behandlung der Lues wieder. Die einzelnen Behandlungsmethoden sind hinreichend gewürdigt. Das Buch wird dem Arzt, der nur selten Fälle von Lues zur Behandlung bekommt, eine

gute Richtschnur bieten. GRIMM verwirft die Excision der Initialsklerose, da sie nicht im Stande sei, den Ausbruch der Sekundärerkrankungen zu verhüten. Ebenfalls ist ein ungünstiges Urteil über die intravenöse Injektion gesprochen, die zur Thrombose der betreffenden Vene führe. Die Frage, ob chronisch kontinuierliche, chronisch intermittierende oder symptomatische Behandlung, wird zu Gunsten der letzteren entschieden.

L. Hammerschlag-Essen.

Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, von Prof. H. OPPENHEIM in Berlin. Mit 17 Abbildungen. Spezielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von NOTHNAGEL. IX. Bd. I. Teil. III. Abt. 2. Lief. (Wien, 1896. Alfred Hölder.) Neben der Gesamtbearbeitung der Syphilis durch J. NEUMANN bringt das NOTHNAGELSche Sammelwerk noch aus der Feder des bekannten Neurologen OPPENHEIM eine Darstellung der luetischen Gehirnerkrankungen, die natürlich mit Rücksicht auf den Verfasser besonderes Interesse erregt. Zu bedauern ist es, daß nicht die luetischen Rückenmarksleiden in diesem Buche ganz bearbeitet sind. Ich glaube, daß da eine Trennung durchaus nicht angebracht war, denn bei den Erkrankungen des Rückenmarks, wie bei den Erkrankungen des Gehirns kommen meistens dieselben Gesichtspunkte in Frage. Das ist ein Stoff, der durchaus zusammengehört. Wenn deshalb hier nun die Rückenmarksleiden nur soweit besprochen werden, als sie mit Gehirnleiden vereint auftreten (*Lues cerebrospinalis*), so ist das nicht genügend; daran hat aber wahrscheinlich nicht der Autor, sondern die Vertreter der Themata für das Gesamtwerk schuld.

Verfasser teilt die luetischen Gehirnaffektionen in zwei Gruppen, in solche mit pathologisch-anatomischen Veränderungen spezifischen Charakters und solche, bei denen einfache Entzündungen und Entartungen sich abspielen, die durch chemische Gifte syphilitischer Herkunft hervorgerufen sein sollen. Die beiden zur zweiten Gruppe gewöhnlich gezählten Krankheiten: *Dementia paralytica* und *Tabes dorsalis* bleiben deshalb unberücksichtigt. Das erstere Leiden besonders, ein Gehirnleiden, das sicher, wenn auch nicht immer, so doch sehr oft, Beziehungen zur Lues hat, werden aber die meisten Leser doch wohl sehr vermissen. Das Buch beginnt mit einer Besprechung der Ätiologie, dann folgt die pathologische Anatomie mit einer lehrreichen, durch eine Reihe von Illustrationen erläuterten Erörterung der Veränderungen an den Meningen, den Nerven und Gefäßen. Die diffusen, *circumscripten* und *disseminierten* luetischen Anomalien, die Folgen derselben werden geschildert, die Schwierigkeit, die luetischen Veränderungen immer bestimmt als solche zu erkennen und abzugrenzen, wird besprochen. Daneben betont der Verfasser, daß im Gehirne der Syphilitischen auch gelegentlich Entzündungs- und Erweichungsherde gefunden werden, die weder durch eine Gefäßerkrankung, noch durch luetische Neubildungen hervorgerufen sind.

Die spezielle Symptomatologie bringt zunächst die *Meningitis basilaris syphilitica*, deren Symptome sich zusammensetzen aus den Folgen der Meningitis, der Neuritis und der Arteriitis, ohne daß sie deshalb aber nach ihrer Herkunft streng gegliedert werden könnten. Die syphilitischen Erkrankungen der Konvexität, zuweilen mit den basilarischen Erkrankungen zusammengehend, sind: *Meningitis* und *Meningoencephalitis syphilitica circumscripta* und *diffusa*. Anhangsweise bespricht Verfasser ganz kurz die Symptomatologie der Gummigeschwülste, die selten isoliert ohne weitere luetische Veränderungen auftreten. Klinisch wird ihre Reaktion auf die antiluetische Therapie hervorgehoben, resp. ihre spontane Rückbildung. Die nächsten Kapitel behandeln die primäre Neuritis syphilitica der Hirnnerven, die multiple syphilitische Wurzelnuritis, die primäre syphilitische Arteriitis, die syphilitische Encephalitis, die cerebros spinale Syphilis und Gehirnkrankheiten bei hereditärer Lues. Ein besonderes

Kapitel bespricht eingehend die allgemeine und spezielle Diagnose der luetischen Gehirnleiden. Hier ist auch die Tabes, die Dementia paralytica, die Hysterie und Neurasthenie differentialdiagnostisch berücksichtigt.

Bei der Besprechung der Prognose schließt Verfasser sich im ganzen den bekannten Ansichten NAUNYNS an, die er nur in einzelnen Punkten einschränkt und ergänzt. Besonders betont der Verfasser, daß die Hirnsyphilis in besonders schweren Formen da auftritt, wo keine oder nur eine unzureichende Behandlung bei den vorausgegangenen Manifestationen stattgefunden hat. Einen ungünstigen Einfluß der „präoccupierten“ Behandlung (RUMPF etc.) nimmt Verfasser nicht an. Die Behandlung erfordert die möglichst schnelle Einleitung der spezifischen Kur und deren nachhaltige Durchführung. Bei den Formen, die FOURNIER als parasyphilitisch bezeichnet, oder deren luetischer Charakter zweifelhaft ist, ist die Kur zu versuchen.

Das vorliegende Buch ist eine gute Monographie, die einen erhöhten Wert dadurch erhält, daß Verfasser meist auf Grund eigener Erfahrungen spricht und auch manche interessante Krankengeschichte einfügt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Spätformen von angeborener Syphilis (*Syphilis congenita tarda*) in Form einer Kasuistik, von H. DONNER. (Willmar Schwabe. Leipzig 1896.) Um praktische Ärzte besser zu instruieren, aber auch gebildete Laien zu unterrichten, hat Verfasser in dieser Monographie eine Darstellung und Kasuistik der Syphilis hereditaria tarda gegeben. Zunächst bringt er eine Schilderung der Lues hereditaria praecox, die im allgemeinen genügt. Die HUTCHINSONSche Trias erkennt er an, die SILEXSche Arbeit ist noch nicht berücksichtigt. Als Lues hereditaria tarda bezeichnet Verfasser alle Fälle, bei denen hereditäre Syphilis in der zweiten Kindheit, in der Pubertät oder noch später Erscheinungen macht, gleichgültig ob in der ersten Kindheit Symptome der Syphilis vorhanden gewesen sind, eine weitere Fassung, als sie meist üblich ist.

Unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur schildert Verfasser dann die Symptomatologie der tardiven Syphilis und illustriert die verschiedenen Symptome durch 51 eingehend wiedergegebene Krankengeschichten, an die er zahlreiche Bemerkungen knüpft, die zum Teil über den Rahmen des gestellten Themas hinausgehen. Es ließe sich da manches einwenden, das würde aber hier zu weit führen. Als sonderbarer Heiliger entpuppt sich der Verfasser bei der Therapie. Er nennt sich Homöopath, hält aber sowohl der Allopathie wie der Homöopathie tüchtige Gardinenpredigten. Er acceptiert das Quecksilber, weil es dem Satze „*similia similibus*“ entspricht, d. h. die Quecksilbervergiftungserscheinungen den Syphilis-erscheinungen gleichen, bekämpft HERRMANN und Konsorten, giebt aber das Quecksilber meist nach homöopathischen Methoden, ohne aber wiederum die hochpotenzierten Verdünnungen derselben für wirksam zu halten. Kurz er ist ein homöopathisch kurierender Allopath, oder, wenn man will, ein allopathisch kurierender Homöopath. Trotzdem sind vielleicht seine therapeutischen Kapitel beachtenswert; möglicherweise ließe sich aus der großen Zahl der homöopathisch verwendeten, hier aufgeführten Quecksilberverbindungen eine oder die andere herausfinden, welche intern, nach allopathischer Weise gegeben, besser vertragen wird, als die sonst üblichen. Auch mancher sonstige Wink ist beachtenswert. Daß Verfasser der Verbreitung der Syphilis durch Impfung eine große Rolle zuschreibt, ist bei seinen sonstigen Ansichten ja verständlich. Er allein hat 30 Fälle gesehen, die er später publizieren will. Nur heraus damit! Ich fürchte, es wird da viel zu kritisieren geben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreichen eigenen Studien und Unter-

suchungen dargestellt von ERNEST FINGER. Vierte Auflage. (Wien, 1896. Franz Deuticke.) Mit der vierten Auflage eines Buches hat die Kritik nichts zu schaffen; die Leser haben das Urteil gefällt und das ist ausschlaggebend. Wenn, wie in diesem Falle, nun gar Leser und Kritik im Einklang stehen, dann bleibt eigentlich nichts weiter übrig, als auch diese Auflage willkommen zu heißen. Dieselbe bringt das altbewährte und auch das neue in sehr erschöpfender Darstellung. Eine Erweiterung hat die Neubearbeitung durch Berücksichtigung der neueren bakteriologischen und anatomischen Forschungen, sowie eingehendere Besprechung des Rheumatismus blennorrhoeicus, der Periostitis und Bursitis blennorrhoeica gefunden. Die zahlreichen Heilmittel jüngeren Datums sind nicht unerörtert geblieben. Kurz auch diese Auflage erfüllt die an ein ausführliches Lehrbuch zu stellenden Forderungen in vollem Maße.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut, von J. STARTIN. 4. Aufl. (Bristol 1896. John Wright & Cie.) Das kleine handliche Büchlein enthält auf 53 Seiten die im London Skin Hospital, Fitzroy Square gebräuchlichen Rezeptformeln: Bäder, Caustica, Lotiones, Mixturae, Pilulae, Unguenta mit etwas knappen Angaben über ihre Verwendung, z. B. „nützlich bei papulösen, spamösen und vesikulösen Affektionen.“ Hieran schliessen sich kurze Diätvorschriften, eine Klassifikation der Hautkrankheiten (20 Gruppen) und ein therapeutischer Index, der auf 7 kleinen Seiten ein alphabetisches Verzeichnis der Hautkrankheiten mit gedrängten Angaben der Behandlung enthält.

Der Praktiker wird eine derartige kurze Aufzählung von Hautkrankheiten mit den dazu gehörigen Rezeptformeln vielleicht mit Nutzen verwerten können, daß dieselbe aber für den Studierenden irgend welchen Vorteil bietet, möchten wir bezweifeln.

H. Einhorn-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie.

Über die Ranzidität der Hebrasalbe, von DIETRICH. (*Pharmaz. Centralh.* 1896. No. 23.) Aus den Versuchen des Verfassers ergibt sich, daß:

1. Der Zusatz von Wasser zur Hebrasalbe dieselbe haltbarer macht, indem das Wasser die Bindung der ausgeschiedenen Säure zu wasserlöslichen, sauer reagierenden Bleisalzen befördert;
2. Die Aufbewahrung der mit Wasser bereiteten Hebrasalbe unter einer Schicht Wasser sehr zu empfehlen ist;
3. Die Bestimmung der Säurezahl so geschehen muß, daß 1 g Salbe mit Wasser innig vermischt wird und unter Umrühren nach einer Stunde direkt mit wässriger Normalkalilauge fixiert wird;
4. Die bisher erhaltenen Zahlen nicht allein Säurezahlen, sondern auch Verseifungszahlen repräsentieren.

A. Strauß-Barmen.

HUELDES Y BUSDRAGLIE hat das **Jodoformin** mit bestem Erfolge bei *Ulcus cruris*, Hämorrhoiden, Uterusgeschwüren, weichem Schanker und Zahncaries angewandt. Das Jodoformin enthält 75% Jodoform, ist geruchlos, erzeugt keine Erytheme, löst sich langsam in den Wundsekreten auf, läßt sich in trockener Hitze ohne Zusetzung sterilisieren und eignet sich deshalb auch besser als das Jodoform zur Anfertigung von Gaze. (*El Eco del Consultorio*. 1896. No. 10.) C. Müller-Wallisellen.

Über Formaldehydgelatine, von J. WEYLAND. (*Pharmaz. Centralh.* 1896. No. 31.) Es werden die Eigenschaften dieses interessanten Körpers geschildert. An denselben knüpft sich die wichtige Entdeckung von SCHLEICH in Berlin, daß gepulverte Formalingelatine auf Wunden gestreut resorbiert wird und gleichzeitig antiseptisch wirkt. Auf Grund seiner Beobachtungen spricht Verfasser die Ansicht aus, daß Formaldehydgelatine als ein in seinen Löslichkeitseigenschaften verändertes Glutin zu betrachten sei, in welchem polymarisirtes Formaldehyd in Spuren mechanisch festgehalten ist. Letzteres stellt bei der Wundbehandlung nach SCHLEICH das wirk-same Moment dar. Verfasser bestimmte die Quantität des vorhandenen Formaldehyds. A. Strauß-Barmen.

Das Nosophen und seine Verbindungen, von SONNENBERGER. (*Kinderarzt*. 1896. No. 3.) Verfasser bringt ein zusammenfassendes Referat über die bis dahin erschienenen Arbeiten über Nosophen und seine Verbindungen. A. Strauß-Barmen.

Über Nosophen, von O. SEIFERT. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Sechs Fälle von Balanoposthitis heilten nach 3 Tagen unter Bestreuen mit Nosophen. Um Sekretverhaltungen zu vermeiden, wurden die Ulcera mollia nach Reinigung des Geschwürsgrundes mit Liquor ferri geätzt, dann Nosophen aufgestreut und eine dünne Lage Watte aufgelegt. In seiner Wirkung steht es dem Europen nicht nach. Ein nässendes Ekzem bei Bubo suppurativus trocknete unter Nosophenbehandlung überraschend schnell aus und heilte innerhalb dreier Tage. A. Strauß-Barmen.

Nosophen. (Sitzungsbericht der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn vom 11. März 1895. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 4.) BINZ legt das neue Präparat vor und hebt namentlich hervor, daß ihm der lästige Geruch und die Giftigkeit des Jodoforms fehlen, während es dessen gute Eigenschaften, die Fähigkeit zum Lähmen der Mikroorganismen und der Eiterbildung und die Reizlosigkeit auf Schleimhäuten und wundem Gewebe, besitzt.

DOUTRELEPONT berichtet über einige günstige Erfolge bei einem tuberkulösen Abscess, bei Bubo suppurativus inguinalis, bei einem phagedänischen Schanker.

A. Strauß-Barmen.

Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper, von C. BINZ und N. ZUNTZ. (*Fortschr. d. Medizin.* 1896.) Verfasser ziehen aus ihren Versuchen folgende Schlüsse:

1. Das Nosophen ist jedenfalls weniger gefährlich als das Jodoform. Die intra-venöse Anwendungsweise des Natronsalzes, worin wir es schädlich befunden haben, kommt für den praktischen Gebrauch nicht in Betracht.

2. Unmittelbar ins Blut eingespritztes Nosophen in der Form des gelösten Natriumsalzes wird in ziemlicher Menge in den Darmkanal ausgeschieden. In den Harn geht es nur dann reichlich über, wenn es, wie beim Kaninchen normal, beim Hunde ausnahmsweise alkalisch reagiert. Das Nosophen verhindert ebenso wie das

Jodoform beim Menschen die Eiterung, wenn es äußerlich aufgetragen wird. Durch den Versuch am Froschmesenterium wurde gezeigt, daß die unmittelbare Lähmung der Leukocyten die Ursache davon ist.

A. Strauß-Barmen.

Nosophen als Ersatzmittel des Jodoform, von G. NOACK. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 35.) N. verwandte Nosophen in Verbindung mit Serumpulver (SCHLEICH) zu gleichen Teilen oder 2:3. Großes Aufsaugungsvermögen, starke austrocknende Wirkung und Geruchlosigkeit sind die wesentlichsten Vorzüge dieses Pulvers. Auch Nuklein (Serumpulver 60, Nosophen 37, Nuklein 3) wurde hinzugesetzt, durch welches eine raschere Reinigung der Wunden erzielt wurde. Nosophengaze wurde wegen der Möglichkeit einer vollkommeneren Sterilisierung statt Jodoformgaze verwandt. In der kleinen Chirurgie und bei Brandwunden wurde es mit besten Erfolgen gebraucht.

A. Strauß-Barmen.

Über Nosophen, von DREYER. (*Reichs-Medizinal-Anz.* 1895. No. 20 u. 21.) Aus JOSEPHS Poliklinik in Berlin werden äußerst günstige Erfolge von D. bei Eccema intertriginosum, Ulcera cruris, Herpes progenitalis, Balanoposthitis, Ulcera molliä berichtet. Insbesondere wird die austrocknende und reizlose Wirkung des Präparates hervorgehoben.

Bei Ulcera molliä zeigte es sich dem Europen und Jodoform überlegen. Sekretverhaltungen unter dem Schorfe kamen nicht vor, weil man das Pulver zweimal täglich auftragen und mit dünner Watteschicht bedecken ließ.

A. Strauß-Barmen.

Zur dreiprozentigen Nosophengaze, von v. NOORDEN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 1.) N. hebt folgende Eigenschaften hervor:

Die Möglichkeit, die Gaze im strömenden Dampfe zu sterilisieren.

Die fast völlige Geruchlosigkeit.

Die genügende hämostatische Wirkung gegen parenchymatöse Blutungen.

Die Drainageaufgabe bei absondernden Wunden wird in gleicher Weise erfüllt, wie bei anderen Gazen, und besser als bei Dermatolgaze.

Die Absonderung der Granulationsflächen wird günstig beeinflusst, insofern als die Granulation in zufriedenstellend schneller Zeit aus schlaffen in gewebefähige übergeführt werden.

Es ist die Gaze, die keine Ekzeme verursacht, in vielen Fällen der Jodoformgaze vorzuziehen.

A. Strauß-Barmen.

Untersuchungen über das Tetrajodphenolphthalein (Nosophen) und sein Natronsalz (Antinosin), von ANTON LIEVEN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 22.) Verfasser lieferte zunächst den Nachweis von der Ungiftigkeit des Nosophens durch Injektion bei einem Kaninchen und durch innerlichen Gebrauch beim Menschen, wies dann nach, daß Nosophen das Reduktionsvermögen des Staphylococcus pyogenes aureus aufzuheben vermag und prüft sodann die direkte Einwirkung des Pulvers auf wachsende und bereits entwickelte Kulturen. Er konstatiert, daß Nosophen und Antinosin nicht nur entwicklungshemmende Eigenschaften, sondern auch bakterientödtende Eigenschaften besitzen.

Er glaubt zu der Behauptung berechtigt zu sein, daß überall da, wo das Nosophen mit Sekreten genügend in Berührung kommt, demselben eine beträchtliche antiseptische Wirkung von dauerndem Charakter zuzuschreiben ist.

A. Strauß-Barmen.

Bakteriologische Untersuchungen über das Antinosin, von W. KRUSE. Erwähnt seien die Versuche an Eiterkokken, denen gegenüber Antinosin stark entwicklungshemmende Eigenschaften besitzt. In gewöhnlicher Bouillon resp. auf Agar ist die Entwicklungshemmung durch Antinosin 50 Mal stärker als die durch Karbolsäure, im Blutserum doppelt so groß als die der Karbolsäure. Die tötende Kraft des Antinosins hingegen gegenüber Eiterkokken, wird von der Karbolsäure übertroffen. Vergleichende Versuche mit Antinosin und Jodoform ergaben, daß Antinosin auf koagulierte Rindsserum, auf flüssigem Rindsserum und auf Agar kein Wachstum der Eiterkokken zeigt, Jodoform ein geringes. Auch gegenüber anderen Jodpräparaten (Europen, Aristol, Dermatol, Jodol) ist die Wirkung des Antinosins am kräftigsten im Verhalten gegen Eiterkokken.

A. Strauß-Barmen.

Akute Exantheme.

In heftigen Worten kritisiert BOURNEVILLE (*Progrès méd.* 1896. No. 34) die sanitärischen Verhältnisse der großen Hafenstadt Marseille speziell in Bezug auf eine neue **Variolaepidemie**. Diese Krankheit hat in jener Stadt im Zeitraum von 15 Jahren 9000 Menschen dahingerafft. Mit Recht wendet sich B. besonders gegen den Vorsitzenden der Behörde, einen Arzt, der bis daher die Mahnungen der medizinischen Akademie und der Presse vollständig unbeachtet gelassen hat. Den Verhältnissen Marseilles stellt Verf. diejenigen Deutschlands und von Paris gegenüber, wo die Variola beinahe vollständig verschwunden ist, und verlangt für die Schulkinder und die Hafen- und Stadtarbeiter Vorweisung eines Impfzeugnisses, Einführung von Desinfektionsmaßnahmen, Isolierung der Erkrankten.

C. Müller-Wallisellen.

Zur Mischinfektion akuter Hautexantheme, von JOSEPH SAMTER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 29.) Verfasser berichtet über Fälle von Kombination von Varicellen und Morbillen und von Scarlatina mit Morbillen. Die Frage, ob Varicellen und Variola identische Prozesse sind, sucht er durch eine Beobachtung zu widerlegen, indem ein Säugling einer Familie, in der Varicellen herrschten, vacciniert wurde. Die Vaccine verlief normal, aber nach ca. 10 Tagen bekam das Kind Varicellen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Varietäten des Typhusexanthems und ihre Bedeutung, von GUSTAV SINGER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 15.) Das für die Diagnose des Abdominaltyphus so wichtige Exanthem hat, wie DIETL zuerst genauer beschrieben, die Form einer Roseola maculata oder, seltener, einer Roseola papulata; sie können auch gemischt vorkommen. Die papulöse Form zeigt elevierte, nicht immer kreisrunde kleine Erhabenheiten, die, wenn sie ausnahmsweise dicht sind, an papulöse Masern erinnern. Eine andere Varietät hat Verfasser in sechs Fällen gesehen, die er hier beschreibt. Es entstehen infiltrierte, follikuläre Knötchen, die zum Teil eine kleine Pustel tragen, und zentral zerfallen, Geschwüre zurücklassend. Aus dem Blute, das an den Stellen dieser Follikulitiden entnommen wurde, konnte zum Teil eine Kultur von Typhusbacillen gezüchtet werden. Auf Schnitten durch diese follikulären Herde findet man im Papillarteil ein aus polynukleären Leukocyten bestehendes kleinzelliges Infiltrat. Es treten diese Follikulitiden nur an Brust- und Bauchhaut am Ende der ersten und im Beginn der zweiten Woche auf und bleiben 3–5 Tage, um unter Zurücklassung von Pigmentablagerungen zu schwinden. Dieselben können direkt aus der Roseola hervorgehen. — Verfasser geht nun näher auf die Bedeutung der Hautexantheme als Fundstätten der Typhusbacillen und auf die Dignität der ersteren ein. Er betrachtet die Exantheme als wirkliche, durch den Typhusbacillus erzeugte Hautmetastasen, nicht als Reflexsymptome. Das Fehlen der Exantheme bei sehr blasser Haut ist insofern

von schlechter Bedeutung, als dann der Eintritt von Darmblutungen zu befürchten ist. Der Ausbruch der Hautsymptome wird befördert durch aktive Hyperämie, sowie durch Dampfbäder. Sobald die Typhusbacillen etwa bei lebhafter Schweißproduktion durch die Hautdrüsen ausgeschieden werden, was sicher geschieht, können sie auch in den Blutgefäßen der Haut stecken bleiben und Exantheme erzeugen, wodurch sich das Auftreten des Exanthems in einem Falle nach Salicyldarreichung erklärt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bosc rühmt die vorzügliche Wirkung der warmen Bäder (34° C) bei den Infektionskrankheiten der Kinder (akute Exantheme); besonders hervorgehoben wird der diuretische Einfluss solcher Bäder, welche den ersten Rang unter den therapeutischen Maßnahmen bei Infektionskrankheiten der Kinder einnehmen. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 32.)

C. Müller-Wallisellen.

Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen, von A. STEINER. (*Centralbl. f. Kinderheilk.* 1896. No. 3.) Bei einem $\frac{3}{4}$ Jahre alten Kinde, das früher stets gesund gewesen war, entwickelte sich am sechsten Tage nach der durchaus leichten Erkrankung an Varicellen eine infektiöse Osteomyelitis und Periostitis an einem Oberschenkel. Das Kind ging unter Erscheinungen schwerster Septikopyämie zu Grunde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Todesfälle bei Varicellen, von LÖHR. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. Nr. 25.) Das eine Kind starb an einer Komplikation mit phlegmonösem Kopfersypel; die Obduzenten erklärten den Fall für Variola, doch bleibt Verfasser nach der Anamnese bei seiner Diagnose. Die Geschwister hatten Varicellen, Mutter und eine Schwester Erysipel.

Im anderen Falle führte eine hinzutretende akute Miliartuberkulose zum Tode.

F. Hahn-Bremen.

Über Variola, von A. WASSERMANN. (*Charité-Ann.* Bd. XX. No. 2.) Im Institut für Infektionskrankheiten sind vier Fälle von Variola im Jahre 1895 behandelt, über die hier berichtet wird. Dieselben bieten manches lehrreiche:

Zunächst zeigte sich, daß die Schwere der Erkrankung trotz derselben Infektionsquelle eine verschiedene war und daß dabei die vorausgegangene Vaccination als Erklärung für den milderen Verlauf herangezogen werden mußte. Der Pustelinhalt erwies sich stets als steril, was mit den Befunden anderer Autoren im Widerspruch steht; dieses ist wohl nur durch sekundäre Keime zu erklären. KOCH hat nur bei hämorrhagischen Pocken Streptokokken im Pustelinhalte gefunden. Das von BUTTERSACK gefundene Netzwerk von Fäden konnte Verfasser in keinem Falle nachweisen, ebenso wenig Protozoen. Das Eiterungsfieber bei den Pocken ist als direkte Teilerscheinung der Infektion nicht als Folge der Eiterbildung an sich anzusehen, wie bei der Streptokokkeneiterung. Das Freisein der Pusteln von Entzündungsregnern giebt uns die Aufgabe sekundäre Infektion zu verhindern. Das gelang durch Bedecken der Pusteln mit Kompressen, die mit einer 1% Arg. nitr. Paste dick bestrichen waren. Diese lindert auch sehr die subjektiven Beschwerden und befördert das Ausbleiben einer Narbenbildung. Das Serum einer Patientin, 35 Tage nach dem Ausbruch des Exanthems entnommen, wurde einem Kalbe injiziert. Die vier Tage später vorgenommene Impfung hatte vollen Erfolg. Es waren hier also keine Schutzkörper im Blute der Erkrankten vorhanden.

Betreffs der Infektionsquelle liefs sich feststellen, daß die Krankheit durch aus Italien zugereiste, selbst gesunde Personen, also mittelbar übertragen war. Die Incubation konnte in einem Falle mit Sicherheit auf 10, in einem anderen auf 14 Tage festgestellt werden; sie schwankt also.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Blatternepidemie in Bern, giebt im Med.-pharm. Bezirksverein im Anschluß an einen Vortrag von Ost Veranlassung zu einer lebhaften Diskussion. (*Schweiz. Corresp.-Blatt*. 1895. No. 2.) FUETER hat einen Fall beobachtet, bei dem kein Suppurationsfieber auftrat, das Eruptionstadium bei völliger Euphorie verlief. Er bestätigt, daß er in 50 Fällen eine Incubation von 14 Tagen sicher feststellen konnte. DUTORR hält das Auftreten eines hämorrhagischen Hofes um die Pusteln nicht für ein Zeichen von Variola haemorrhagica; dasselbe sei unschuldiger Natur. Die Varicellen sind von Variola scharf zu trennen. Die Impfung gewährt bedeutenden Schutz. Verschiedene Redner betonten die Notwendigkeit der Revaccination und der Isolierung und wenden sich gegen die Thätigkeit des Impfgegners Prof. VOGT. Von großer Wichtigkeit ist die Aufklärung des irregeleiteten Publikums. Jedoch fehlt es auch nicht an Impfgegnern. Dr. JORDI meint, daß eine geregelte Hygiene das beste Prophylacticum gegen Variola sei; besonders fleißiges Baden. Er zählt Pocken, Typhus und Cholera zu den Schmutzkrankheiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kontagiositätsfrage der Variola, von M. v. ARX. (*Schweiz. Corresp.-Blatt*. 1894. No. 23.) An zwei Fällen illustriert Verfasser, daß die Variola schon im Initialstadium contagiös in hohem Maße sein kann. Zwei Arbeiter sind mit einem im Initialstadium der Variola befindlichen, von jedem Ausschlag freien Manne vom 24.—26. März zusammen, reisen dann ab und kommen den 7. April zurück und erkranken an Variola. Da sie in der Zwischenzeit mit keiner pockenverdächtigen Person zusammen gewesen sind, da die Zwischenzeit der Dauer des Incubationsstadiums entspricht, muß angenommen werden, daß sie die Infektion sich von dem genannten Manne zugezogen haben, trotzdem derselbe noch ausschlagsfrei war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Pockensterblichkeit in Bayern in den Jahren 1857/58—1892. Eine statistisch-hygienische Studie, von FRIEDRICH BOEHM. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 32.) Da schließlich doch nur Zahlen die Impfgegnern zu widerlegen geeignet sind, hat Verfasser sich der Mühe unterzogen die Sanitätsberichte in Bayern aus den letzten 35 Jahren durchzustudieren und giebt er in dieser Arbeit das Ergebnis, das den Triumph der Impfung in das klarste Licht zu stellen geeignet ist. Hier sei nur eine Tabelle wiedergegeben.

Im Königreich Bayern kamen auf je 100 000 Einwohner an Blattern Gestorbene in den Jahren:

1857/58	1858/59	1859/60	1860/61	1861/62	1862/63	1863/64	1864/65	1865/66	1866/67	1868	1869	1870	1871	1872	1873
6,8	4,1	2,8	1,5	2,5	2,3	2,3	4,6	12,0	25,0	18,8	10,9	3,4	104	62	18

1874 ¹	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892
5	1,7	1,3	1,7	1,3	0,5	1,2	1,4	1,2	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1	0,3	0,5	0,1	0,07	0,05

¹ Dabei ist zu bedenken, daß 1874 die Zwangsimpfung durch Reichsgesetz eingeführt ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Wissenschaftliche Untersuchungen über das spezifische Infektionsagens der Blattern und die Erzeugung künstlicher Immunität gegen diese Krankheit, von GEO. M. STERNBERG. (*Centralbl. f. Bakteriologie u. Parasitenkunde*. 1896. No. 21—23.) Bei Gelegenheit der Feier des hundertsten Jahrestages der Entdeckung des Wertes der Vaccination von JENNER hielt der Verfasser in Atlanta vor der Versammlung der American Medical Association einen Vortrag, der die Arbeiten über das spezifische Agens der Variola einer Besprechung unterzieht. Es können hier nur die Schlusssätze wiedergegeben werden:

1. Menschen-, Kuh- und Pferdepocken sind genetisch verwandt; sie sind verschiedene Modifikationen derselben Infektionskrankheit bei verschiedenen Tierarten.

2. Das spezifische Infektionsagens der Variola und der Vaccine ist noch nicht nachgewiesen. Die angestellten, ausgedehnten Experimentaluntersuchungen zeigen an, daß es nicht zu der als Bakterien bekannten Gruppe von Mikroorganismen gehöre.

3. In der Lymphe der Vaccinebläschen, sowohl bei Rindern, als beim Menschen, finden sich gewöhnlich verschiedene Bakterien, darunter die wohlbekannten Kokken, und diese sind wahrscheinlich zum großen Teil für die erysipelatöse Entzündung und andere unangenehme Komplikationen verantwortlich, welche häufig nach Vaccination mit solcher Lymphe auftreten.

4. In Glycerin aufbewahrte Lymphe wird nach einiger Zeit steril, soweit es die Gegenwart der Bakterien betrifft, ohne ihre spezifische Virulenz einzubüßen.

5. Immunität kann durch subkutane Inokulation von Vaccinevirus ohne Entwicklung von Vaccinebläschen hervorgebracht werden; und es ist wahrscheinlich, daß subkutane Injektion der in Glycerin aufbewahrten Lymphe Immunität erzeugen würde, ohne eine von den septischen Komplikationen, welche bei Vaccination nach der gewöhnlichen Methode so häufig vorkommen.

6. Das Blutserum immuner Tiere enthält eine Substanz in Auflösung, welche die spezifische Virulenz des Vaccinevirus zerstört, wenn es mit ihr in Berührung gebracht wird.

7. Diese Substanz ist nicht in hinreichender Menge vorhanden, um das Blutserum immuner Tiere zur Immunisierung des Menschen (oder zur Behandlung der Variola?) nutzbar machen zu können; aber sie läßt sich vielleicht auf chemischem Wege in konzentrierter Form darstellen, und würde sich in diesem Falle bei der Behandlung dieser Krankheit als nützlich, vielleicht als spezifisch erweisen.

8. Die durch subkutane Injektion von Vaccinelymphe, sowie die durch die gewöhnliche Vaccinationsmethode erzeugte Immunität entwickelt sich allmählich und ist nicht vor dem achten Tage vollständig, was ohne Zweifel von der Vermehrung des infektiösen Agens in dem Körper des empfänglichen Tieres abhängt. Dagegen ist die Immunität, welche durch Transfusion einer großen Blutmenge von dem immunen in das empfängliche Tier hervorgebracht wird, die unmittelbare Folge der Transfusion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Bedeutung der Krankenpflege bei Blatternkranken. (*Zeitschr. f. Krankenpf.* 1896. No. 5.) (Autor nicht genannt.) Verfasser bespricht nach einer Übersicht des Krankheitsverlaufes neben der eigentlichen Krankenpflege bei Variola, die gesamte Therapie, und das ist notwendig, da sich die Therapie, wie bei fast allen akuten Infektionskrankheiten, heutzutage mit der geregelten Krankenpflege meist deckt. Hier sei nur wiedergegeben, was über die Verhütung der Pockennarben gesagt ist. Um die Nekrotisierung der MALPIGHischen Schicht möglichst oberflächlich zu gestalten, bedarf es im Anfang, solange das Exanthem knötchenförmig ist, vor allem kalter Umschläge. In gleicher Richtung wirken Ätzungen mit Höllenstein, aber nur am

ersten und zweiten Tage. Konfluierende Blatternpusteln belegt man mit Merkurialpflaster. Bäder, Kompressen, frühes Öffnen der Pusteln, kühlende Salben, Salbenmulle mildern die Spannung. Nachträgliche Verbesserung der Narben versucht man zu erzielen durch Resorcinpasten und Zinkleimapplikation nach eingetretener Schälung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Impfschäden, Impfexantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen, von LEONHARD VOIGT. (*Wien. med. Presse.* 1895. Nr. 7. u. 8.) In einzelnen Fällen sieht man bei der Impfung, bald nach derselben, gewissermaßen als Prodrome, oder im pustulösen Stadium Exantheme, resp. eine Generalisierung der Vaccine, zaweilen durch Autoinokulation entstehen. Diese Ausschläge haben, wenn sie nicht gerade durch ihren Sitz — Impfpusteln am Auge — von Bedeutung sind, wenig auf sich. Unangenehmer ist die Urticaria, die etwa unter 10 000 Fällen einmal auftritt, meist am dritten Tage, und sehr lästig ist. Sie verbindet sich gelegentlich mit Miliaria, die an sich aber eine Folge der Sommerhitze, nicht der Vaccine, ist. Sie kommt nur im Sommer nach der Impfung vor. Richtig ist es, daß ekzematöse, impetiginöse und andere Ausschlagsformen unter Einfluß der Impfung oft sich verschlimmern, ebenso wie die skrophulöse Konstitution darnach oft mehr hervortritt, ohne aber durch die Impfung erst hervorgerufen zu sein. Diese Affektionen kontraindizieren die Impfung. Dasselbe gilt von der Prurigo und Psoriasis. Sehr selten ist Furunculosis nach der Impfung beobachtet. Zur Verhütung des bekannten postvaccinalen Eczema impetiginoides ist die strenge Kontrolle der Beschaffenheit der Lymphe das richtigste. Nur bei ganz elenden Kindern kommt, und zwar äußerst selten, ein Pemphigus nach der Impfung vor; Purpura hat Verfasser zweimal gesehen, beide Male mit günstigem Verlaufe.

Von den akuten Exanthenen werden die Varicellen durch die Vaccination in keiner Weise beeinträchtigt, wie sie auch nicht den Erfolg der Impfung verhindern; dasselbe gilt von den Masern. Scharlach soll bei frisch Geimpften mit besonders lebhaftem Fieber verlaufen, und oft Diphtherie der Impfpusteln bedingen.

Die Impfsyphilis hat bei Anwendung animaler Lymphe wenig Bedeutung, ebenso die Impflepra. Die Möglichkeit, letztere bei Anwendung humanisierter Lymphe zu erzeugen, hält Verfasser für erwiesen. Daß die Ausbreitung der Lepra in manchen Ländern mit der Ausbreitung der Impfung parallel gehe, ist falsch.

Manche postvaccinale Erkrankung scheint die Kombination des Kontagiums der Maul- und Klauenseuche mit der Vaccine hervorzurufen. Verfasser glaubt sie dreimal sicher beobachtet zu haben. Ein Kind war leicht, die beiden anderen schwer erkrankt, zwei genasen, eins wurde durch interkurrente Cholera dahingerafft. Die Stomatitis brach am zehnten Tage aus mit starkem Fieber und einem bläulichen, papulösen Ausschlag, besonders an Lippen, Wangen, Genitalien; derselbe juckte stark und führte stellenweise zur Bildung nufsfarbiger Borken. Es trat Bronchitis und Bronchopneumonie hinzu.

Bekannt ist das Hinzutreten des Erysipels. Im ganzen sind die Impfschäden fast nie auf die Lymphbeschaffenheit, sondern meist auf die krankhafte Beschaffenheit der Haut des Impflings oder auf sekundäre Schäden zurückzuführen. Verfasser hat in Hamburg $\frac{1}{4}$ Million Impflinge besichtigt. In den letzten fünf Jahren sah er unter 100 000 Impflingen: 35 mal allgemeine Vaccine, 17 mal morbillöse, 18 mal papulöse und pustulöse Ausschläge, 18 Erytheme der generalisierten Lymphe. Impfschäden gab es 69: 11 Urticaria, 8 Impetigo, 27 Ekzeme, 2 Psoriasis, 2 Purpura, 1 Pemphigus, 2 Stomatitis aphthosa, 2 Abscesse, 1 Bubo axillaris purulentus, 1 Furunculosis, 5 Geschwüre der Impfpusteln, 2 Erysipele, 4 Augenentzündungen. Ein Todesfall trat bei einer Verschwärung der Impfpusteln ein, die aber bis zum siebenten Tage ganz

normal waren. Die großen Erfahrungen des Verfassers sind nur geeignet, die mangelhafte Motivierung der Impfgegner über Volksvergiftung und Massenmord zu beweisen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung, von JÄGER. (*Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesv.* 1895. No. 28.) Da es nach dem Wortlaut der Impfvorschriften strittig sein kann, ob die Einarmimpfung zulässig ist, verlangt der Verfasser eine Abänderung, die diese Zulässigkeit ausdrücklich ausspricht. Da hier zwei wohlgebildete Pusteln nötig sind, um die Impfung als genügend anzusehen, so ist es ganz unsinnig, die Kinder durch Impfung an beiden Armen zu quälen. De facto führen ja die meisten praktischen Ärzte wohl heute schon dieselbe nur an einem Arme aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Impfung vor der württembergischen Abgeordnetenversammlung und die Erfolge der Aufhebung des Impfwanges in der Schweiz. (*Württemberg. Correspondenzbl.* 1895. No. 29.) Während man dabei ist, die hundertjährige Geburtstagsfeier der Impfung zu begehen, während für alle wirklichen wissenschaftlich gebildeten Autoritäten der hohe Wert der Impfung über alle Zweifel erhaben ist, giebt es ja eine große Schar von Dunkelmännern, die diese segensreiche Entdeckung als Fluch bezeichnen und mit allen Mitteln gegen die Impfung arbeiten. Dafs es ihnen an Gefolge aus der großen Schar der Halbgebildeten nicht fehlt, die den Mangel an ihrer Bildung dadurch zu decken glauben, dafs sie alles als Unsinn bekämpfen, was die Wissenschaft ergründet hat, ist nicht wunderbar; denn gerade auf dem Gebiete der Medizin glaubt ja jeder sachverständig zu sein und mitreden zu dürfen, als ob der Mensch eine so einfach konstruierte Maschine wäre, dafs jeder ihre Funktionen zu beurteilen vermag. Einen Sturm, der die Impfgegner, zum Teil Homöopathen, jedenfalls aber alle mit einer homöopathischen Bildung auf dem Gebiete der Naturwissenschaft ausgerüstet, in der württembergischen Abgeordnetenversammlung entfachten, ohne gerade in der Regierung den nötigen energischen Widerstand zu finden, bespricht der Verfasser. Dabei geht er näher auf die den Impfgegnern so mündgerechte Statistik des Prof. Vogt in Bern ein, der die Erfolglosigkeit der Impfung an der Hand des Schweizer-Materials nach Aufhebung des Impfwanges zu beweisen bestrebt ist. Dieser Impfgegner, ein ordentlicher Professor und Lehrer des Sanitätsstatistik und Hygiene, scheut sich aber ebenso wenig, wie seine weniger bekannten Gesinnungsgenossen, die Statistik so zu verdrehen, dafs sie ihm in den Kram paßt, um so seine Ansicht zu motivieren. Welche Mittelchen er dabei anwendet, führt der Verfasser näher aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Frage der Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten, von WITTE. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 20.) Verfasser bedient sich nach dem Vorgange WEICHARDTS bei den öffentlichen Impfterminen als Impfarzt billiger vernickelter Stahlstücke, welche von der Thüringer Stahlwaarenfabrik von Wolff, Knippenberg & Co. in Ichtershausen zum Preise von 12 M. für 100 Stück hergestellt werden. Dieselben werden zu Hause sterilisiert, zwischen sterilem Fließpapier aufbewahrt und nach je einmaliger Benutzung in absoluten Alkohol gelegt, um dann nach erneuter Sterilisation beim nächsten Termin wieder benutzt zu werden.

F. Hahn-Bremen.

Mitteilungen aus der königl. Vaccinationsanstalt, von J. BONDESEN. (*Ugeskr. for Læger.* 1896. No. 20.) In Veranlassung des 100jährigen JENNER-Jubiläums giebt Verfasser eine kurze Übersicht über die Einführung der Impfung in Dänemark, einem der Länder, wo sie am schnellsten Allgemeingut wurde. Das öffentliche Vaccinationsinstitut zu Kopenhagen fing schon am 2. Februar 1802 seine Wirksamkeit an und

hat seitdem ununterbrochen damit fortgefahren; schon in den ersten 7 Jahren wurden in Dänemark und Norwegen 111 722 Personen vacciniert. Während es im Jahre 1801 in Kopenhagen noch 486 Todesfälle an Blattern gab, ging die Anzahl derselben in den folgenden Jahren hinab bis zu 73, 5, 13, 5, 5 Todesfällen. Durch Verordnung vom 3. April 1810 wurde die allgemeine Durchführung der Vaccination über das ganze Land gesichert.

Hierauf wird der Jahresbericht von der königl. Vaccinationsanstalt für 1895 mitgeteilt. Bei 2871 Vaccinationen von Kindern in der Anstalt mit animaler Lymphe, welche fast ganz die humanisierte verdrängt hat, gab es positiven Anschlag bei 99,09%; 59 Mal stellte sich ein lokales Erythem um die Vaccinepusteln ein. Von Komplikationen in engerem Sinne gab es dreimal ein varicellenartiges Exanthem 6—8 Tage nach der Vaccination (in einem der Fälle waren aber kurz vorher Varicellen in der Heimat gewesen); zwei Kinder bekamen einige Tage nach der Vaccination ein universelles, kleinpunktiertes, juckendes Erythem; bei einem Kinde entwickelte sich etwa eine Woche nach der Impfung ein sehr starker Ausbruch von generalisierter Vaccine mit hohem Fieber und starkem allgemeinem Leiden.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über den prognostischen Wert der Impfnarben, von RAYMOND. (*Progrès méd.* 1896. No. 30.) Entgegen der Ansicht von LALAGADE, welcher aus der Anzahl und der Entwicklung der Narben bei früher Geimpften auf eine besondere Empfänglichkeit für das variolo-vaccinöse Virus schließen wollte, kommt Verfasser auf Grund zahlreicher Beobachtungen zu dem Resultate, daß weder die Zahl noch wahrscheinlich die Dimensionen der Impfnarben irgendwelche Anhaltspunkte für die Prognose einer späteren Wiederimpfung liefern.

C. Müller-Wallisellen.

Die Erzeugung, Aufbewahrung und Anwendung der Vaccine, von FRANCIS C. MARTIN. (*Med. Record.* 30. Mai 1896.) Es handelt sich um einen bei Gelegenheit der JENNER-Feier in Atlanta gehaltenen Vortrag. Der Vater des Vortragenden HENRY A. MARTIN brachte 1870 die erste Kälberlymphe aus Beaugency nach Amerika. Die Technik der Lymphegewinnung, welche von der in Europa üblichen wesentlich differiert, wird im Original sehr genau beschrieben. Auch die Impftechnik des Vortragenden ist eine kompliziertere als bei uns jetzt üblich ist. Da der ganze Stoff aber in erschöpfender Weise und offenbar mit großer Sachkenntnis behandelt ist, so ist das Original den Fachleuten nur zu empfehlen.

J. Appel-Altona.

Verschiedenes.

Über die Vorteile, welche aus dem Studium der Dermatologie abzuleiten sind, von ST. MACKENZIE. (*The Brit. med. Journ.* 25. Januar 1896. pag. 193.) Das Studium der Hautkrankheiten sollte von keinem Arzte vernachlässigt werden, da er sicherlich, welchem Zweige der medizinischen Wissenschaft auch er sich speziell widmen mag, von Zeit zu Zeit auf Hautaffektionen bei seinen Patienten stößt, die zu diagnostizieren und in ihrem ursächlichen Zusammenhange mit dem Grundleiden genau zu verstehen im Interesse des Kranken und des behandelnden Arztes liegt.

Bei keiner anderen medizinischen Disziplin bietet sich so günstige Gelegenheit, auf verhältnismäßig leichte Weise den gesamten klassischen Symptomenkomplex der

Entzündung, die pathologische Anatomie, die Ätiologie, insbesondere den Einfluss des Alters, des Geschlechts, des Klimas und der Jahreszeit, der Heredität, Konstitution, Idiosynkrasie, den Einfluss des Nervensystems, der Diät, Kleidung und sonstigen Lebensweise, der spezifischen Bakterien für die Entstehung, Verschlimmerung und Ausbreitung bestimmter Krankheiten so ausgiebig und eingehend zu studieren, wie bei den Hautaffektionen. Der Vortragende führt die von uns nur angedeuteten Punkte in außerordentlich anregender und belehrender Weise aus.

C. Berliner-Aachen.

Aus Dr. LEDERMANNs Poliklinik für Hautkrankheiten. Bericht über die Zeit vom 1. Oktober 1891 bis 31. Dezember 1895, von Dr. BERLINER. Es wurden in dieser Zeit 2500 Patienten behandelt, davon hatten 233 Ekzem, 207 Skabies, 43 Psoriasis, 283 Blennorrhoea acuta, 89 chron. Blennorrhoe, 238 Syphilis.

In der Behandlung des Ekzems that das Tumenol gute Dienste; in Pastenform 5—10% angewandt, bewirkte es im nässenden Stadium baldige Eintrocknung und Überhornung. Als 10%iger Aetherspiritus oder mit Glycerin und Wasser ∞ in 10%iger Lösung hebt es den Juckreiz auf.

Bei der Behandlung variköser Geschwüre lobt B. die schmerzstillende Wirkung der Euphorine, Schmerzen, die Patienten am Gehen hinderten, ließen 2—3 Stunden nach Applikation des Mittels nach. Des hohen Preises halber wurde es mit Bismuth. subnitr. ∞ gegeben.

An Stelle des Jodoforms wird vielfach Natrium sozodolicum 0,5 zu 3,0 Bismuth. subnitr. gegeben.

Von den Vasogenen hat sich nur das Jodyvasogen in den von LEISTIKOW angegebenen Indikationen bewährt. Das von LEDERMANN eingeführte Resorbin findet ausgedehnte Anwendung, namentlich in Verbindung mit Quecksilber als Unguent. ciner. c. Resorb. Das Präparat riecht und schmutzt nicht und läßt sich leicht verreiben.

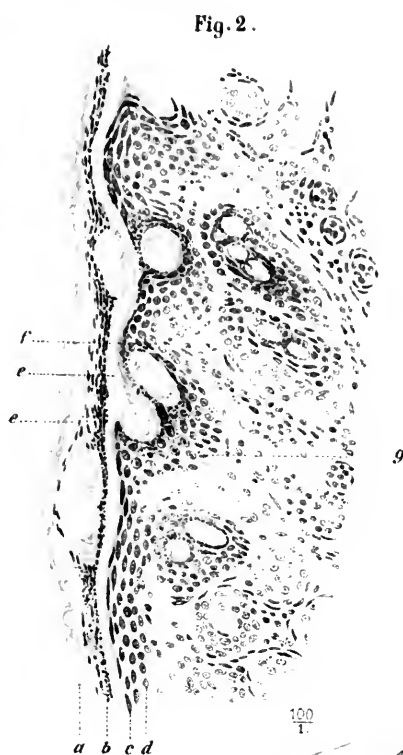
Argonin findet in der Behandlung der Blennorrhoe nützliche Anwendung; bei der chronischen Blennorrhoe mit mukösen und submukösen Infiltraten, wird die von LOHNSTEIN angegebene Methode der gleichzeitigen Dehnung und Durchspülung mit bestem Erfolg geübt.

Zum Schlufs geben einige ausführliche Krankenberichte ein weiteres Bild von dem regen Schaffen dieser Poliklinik.

L. Hammerschlag-Essen.

Eine neue Methode der Herbeischaffung von Material für die Hauttransplantationen, von Lusk. (*Med. Record.* 7. Dezember 1895.) Bei einer sehr ausgedehnten Verbrennung fehlte das zur Transplantation nötige Material. Verfasser versuchte die Reste der Brandblasen als solches zu benutzen. Er weichte sie in warmem Borwasser auf und beplasterte damit die große granulierende Fläche. Der Erfolg war ausgezeichnet; in sechs Wochen war alles geheilt. Auf Grund dieser Erfahrung empfiehlt der Verfasser durch ein Vesicans sich auch in anderen Fällen Transplantationsmaterial zu schaffen. Einen Fall berichtet der Verfasser. Ein altes variköses Ulcus cruris wurde kurrettiert und, nachdem gute Granulationen aufgewachsen, mit der Decke einer durch ein Vesicans gewonnenen Blase belegt. Die Blase war nach dem Abtragen in Borwasser gewaschen und dann in einer Flasche drei Tage lang bei einer Temperatur von 55—70° F. gehalten. Darauf weichte man sie wieder in Borwasser auf und zerlegte sie in kleine Teile. Auch hier war der Erfolg ein sehr guter.

Jessner-Königsberg i. Pr.



Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata,
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europen, Acid. boric.
pulv. a. p. æqu.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

Ein Naturschatz von Weltruf.

Von der ärztlichen Welt mit Vorliebe und
in mehr als 1000 Gutachten empfohlen.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi János

Das mildeste, angenehmste,
zuverlässigste.

„Das Hunyadi János Wasser hat in
Folge seiner stets gleichmässigen Zu-
sammensetzung die verlässlichste Wirkung
und verdient daher besondere Beachtung
in der ärztlichen Praxis.“

*Prof. Dr. Árpád Bókai, Budapest,
Professor der Pharmakologie an der k. Universität.*

Käuflich in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Tannoform.

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form von Streupulver, 10%iger Seife und 10%iger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmkatarrhen** in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich liefert

E. MERCK, Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Liquor adhaesivus Dr. Schiff „Filmogen“.

Ein neues, nach Angabe von Dr. Schiff, Docent für Hautkrankheiten an der k. k. Wiener Universität, dargestelltes Vehikel, zur Aufnahme aller in der Dermatotherapie angewendeten Arzneistoffe und deren bequemen und eleganten Application auf die Haut.

Vielfache, an den verschiedenen Wiener Kliniken damit angestellte Versuche fielen sehr befriedigend aus und haben sich hierüber auch die Herren Professoren Kaposi, Lassar und Dr. Unna gelegentlich des diesjährigen internationalen Dermatologen-Congresses in London sehr anerkennend ausgesprochen.

„FILMOGEN“

sowie Lösungen von Salicylsäure, Ichthyol, Resorcin, Chrysarobin, Pyrogallol, Cocain, Theer etc. etc. zu 5 oder 10%, werden als „Salicylfilmogen“ — „Ichthyolfilmogen“ — „Resorcinfilmogen“ etc. dargestellt in der

Apotheke „zum König von Ungarn“

des

Carl Brady in Wien 1/I Fleischmarkt 1.

Haupt-Depôt für Deutschland: Apoth. G. Henke, Berlin W., Charlottenstr. 54.

Vasogen



emulgierende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind **Lösungsmittel** für verschiedene Medicamente, wie **Jodoform, Jod** etc. Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äußerlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (**durch Harn-Analysen erwiesen**) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 $\frac{1}{2}$ u. 3%	Jod 3, 6 u. 10 %	Kreosot 5, 20 u. 33 $\frac{1}{3}$ %
Gnajaol 20 %	Ichthylol 10 %	Creolin 15 u. 50%
Eucalyptol 20 %	Salicyl 2 %	Menthol 25 u. 2% etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als

überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgierende und die meisten Medicamente

lösende oder in feinsten Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die heraus leicht von der Haut resorbirbaren 33 $\frac{1}{3}$ und 50% Hg.-Vasogensalben sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Weiterhin berichtet uns Herr Dr. N. N. in Mülhausen i. Els. folgendes über seine mit unserem

— — — **„Airol“** — — —

gesammelten Erfahrungen:

„Gern theile Ihnen mit, dass Ihr Airol in den zwei Fällen, in welchen es angewandt wurde, sehr gute Resultate lieferte. In dem einen Falle handelte es sich um eine noch im **Anfangsstadium sich befindende Gonorrhöe**. Dieselbe wurde vermittelst 10% Einspritzungen beinahe wie abgeschnitten.

In dem anderen Falle handelte es sich um eine **chronische Gonorrhöe**, bei welcher schon mehrere andere Substanzen erfolglos angewendet wurden. Bei **Behandlung von 10% Airol** (Airol 1,0, Glycerin 2,0 Aq. dest. 8,0) war dieselbe in vier Tagen vollständig geheilt.

Litteratur, sowie Gratismuster stellen wir den Herren Aerzten gern zur Verfügung.

F. Hoffmann - La Roche & Cie.
vormals Hoffmann, Traub & Co.
Fabr. chem.-pharm. Producte
Basel (Schweiz).

Sämmtliche Verbandstoff-Fabriken stellen Airolgaze her.

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

— Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —

Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller **Separatabzüge, Dissertationen, Monographien** u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34, ergebenst ersucht. *Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — außer an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzler in Bremen, Am Dom 6, eingesandt werden.*

MOORBÄDER IM HAUSE.



Einziger natürlicher Ersatz

für

Medicinal-Moorbäder

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophalosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Mattoni's Moorsalz

trockener Extrakt

in Kistchen à 1 Kilo.

Mattoni's Moorlauge


flüssiger Extrakt

in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni

FRANZENSBAD, WIEN (Tuchlauben, Mattonihof), **KARLSBAD, BUDAPEST.**

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogen-Handlungen.

 Hierzu eine Beilage: Beitrag zur therapeutischen Verwendung des **Airols**.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Bemerkungen über Züchtung und Pluralität der Trichophytonpilze. Von P. G. UNNA. S. 289.

Aus der Praxis. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Merkurialerkrankungen. Von A. LIEVEN. S. 302.

Versammlungen. Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie. S. 304. — The British medical Association. S. 307. — Londoner dermatologische Gesellschaft. S. 309. — Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und Hygiene an der Universität Charkow. S. 312. — Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie an der Universität Moskau. S. 313. — Amerikanische Gesellschaft der Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten. S. 314.

Fachzeitschriften. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 37, Heft 3. S. 315. — Dermatologische Zeitschrift. Band 3, Heft 5 und 6. S. 319. — Centralblatt für Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Band 7, Heft 10; Band 8, Heft 1. S. 324. — The British Journal of Dermatology. Dezember 1896. S. 325. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1896, Heft 12. S. 326. — Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. November-Dezember 1896. S. 328.

Mitteilungen aus der Litteratur. Allgemeine Pathologie und Therapie. S. 331. — Blennorrhoe und Komplikationen. S. 335.

Verschiedenes. S. 340.

- | | |
|---|---|
| <p>X Absorption der Medikamente durch die Haut 332.
 X Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger Dermatosen 334.
 Anämie, Behandlung der lymphatischen 335.
 Analgesie in den hinteren Harnwegen, Erzeugung von 325.
 Ausschlag, Chronischer recidivierender erythematös-bullöser 311.
 Bakteriurie als Komplikation der blennorrhoidischen Entzündung 339.
 Blasenausschlag 310.
 Blennorrhoe, Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei 321.
 Blennorrhoidische Entzündung 339.
 Blennorrhoidisches Fieber 337.
 Cysten, Inguinale und skrotale, bei Kindern 340.
 Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Blennorrhoe 336.
 Drüsen am Halse, Behandlung der tuberkulösen 307.
 Elephantiasis 310.
 Färbung der Bakterien insbesondere des Gonococcus Neisser im Trockenpräparat, Neue Methode zur 336.
 Fall zur Diagnose 310.
 Follikulitis, Disseminierte, mit Lymphdrüsentuberkulose 306.
 Geheimmittel-Analysen 340.
 Gonococcus in der gerichtlichen Medizin 335.
 — Züchtung in Reinkulturen an Tieren 337.
 Granulationsgewebe, seine Bedeutung bei der Infektion mit pathogenen Mikroorganismen 331.
 Gumma des Rückenmarks 313.
 Harnleiterkatheter, Neue Modifikation des 324.
 Harnvergiftung (Intoxikation) und Harninfektion 326.
 Hauttherapie mittelst medikamentöser Seifen 320.
 Hauttransplantation 340.
 Hydronephrose infolge von Verengerung des Harnleiters 328.</p> | <p>Katheter, Elastische 324.
 Kathetersterilisation 324.
 Kosmetische Mittel in sanitätspolizeilicher Beziehung 323.
 Krebs, Opium und Kokain bei der Behandlung von 308.
 Lepra im Kreise Memel 321.
 Lichen planus 311.
 Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten 317.
 Lupus erythematosus 305. 311.
 — — Eigentümliche Phase des 309.
 — vulgaris, Ungewöhnlicher Fall von: Lupus annularis 331.
 — X Lupusherde des Gesichts, Behandlung ausgedehnter 304.
 Merkurialerkrankungen 302.
 Mikroorganismen der Hautoberfläche 334.
 Morphoea, Symmetrische, begleitet von Blasenbildung und ausgedehnter Ulceration 329.
 Mykosis von besonderem Aussehen mit Prurigo 307.
 — fungoides mit besonderer Berücksichtigung des prämykotischen Stadiums 330.
 Nierenaffektionen bei Syphilis 315.
 Paget's Disease der Brustwarze 329.
 Penisfisteln, Anomallen der angeborenen 327.
 Phagedaena des Penis bei einem tertiär-syphilitischen Patienten 309.
 Prostatatuberkulose, Diagnose und Therapie der 325.
 Prüfungsordnung für Mediziner, Die neue 340.
 Pruritus, Pathologie des, und seine Behandlung mit großen Dosen von Chlorcalcium 308.
 Pseudomoleculae, Bandförmige 307.
 Purpura 311.
 — rheumatica 310.
 X Reaktion des blennorrhoidischen Eiters der Harnröhrenschleimhaut und die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit d. Gonococcus 336.
 Resorption, Experimentelle Beiträge zur Lehre von der 332.</p> |
|---|---|

- X Resorption des Methylsalicylats durch die Haut 332.
 Rheumatoiderkrankungen 333.
 Rbinophyma 316.
 X Röntgenstrahlen und reflektiertes Sonnenlicht 335.
 Sarcoma idiopathieum pigmentosum (haemorrhagium) multiplex cutis (Kaposi) 312.
 Schanker, Urethraler, mit ungewöhnlichen sekundären Symptomen 315.
 Schilddrüsenpräparate bei der Behandlung von Hautkrankheiten 319.
 Schimmelpilze bei Syphilis, Carcinom und Sarkom 314.
 Schlaf und Hautkrankheiten 333.
 Schleimhaut - Affektion der Lippen und der Mundhöhle, Eigentümliche 328.

- Sklerodermie 311.
 Streifen-Naevus, Kongenitaler warziger 311.
 Syphilis, Postkonzeptionelle 314.
 — Dauer der Kontagiosität 319.
 — Multiple subkutane Gummien im Frühstadium der 317.
 Syphilitischer Ausschlag, Ungewöhnlicher 310.
 Syphilitische Infiltrationen in multiplen Plaques 304.
 Trichophytonpilze, Züchtung und Pluralität der 289.
 Tuberkel, Diagnostischer Wert des miliaren 317.
 Tuberkulide 305. 306.
 — Akneartige und nekrotische 305.
 Urethritis, verursacht durch Infektion mit Bacterium commune coli 324.
 Varicellen, Inkubationsperiode der 309.
 Yaws in Indien 325.

Autoren-Register.

(* bedeutet Original-Artikel).

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <i>A. Anassieff</i> 331. | <i>Fox</i> 309. | <i>* Lieben</i> 302. | <i>Pringle</i> 310. |
| <i>Alapy</i> 324. | <i>Frank</i> 324. | <i>Linossier</i> 332. | <i>Remlinger</i> 334. |
| <i>Barrucco</i> 334. | <i>Fürst</i> 335. | <i>Manley</i> 340. | <i>Rónu</i> 337. |
| <i>Blaschko</i> 321. | <i>Gerhardt</i> 333. | <i>Menger</i> 340. | <i>Ruzicka</i> 332. |
| <i>Bowles</i> 335. | <i>Goodall</i> 309. | <i>Möller</i> 317. | <i>Saeill</i> 308. |
| <i>Brocq</i> 304. 306. | <i>Hutlopeau</i> 305. 307. | <i>Morris</i> 310. | <i>Scharff</i> 325. |
| <i>Burkley</i> 333. | <i>Huase</i> 340. | <i>Morrow</i> 329. 330. | <i>Schlifka</i> 339. |
| <i>Bureau</i> 305. 307. | <i>Heller</i> 320. 337. | <i>Müller</i> 320. | <i>Simon</i> 335. |
| <i>du Castel</i> 305. | <i>Herzheimer</i> 317. | <i>Nalin</i> 332. | <i>Snow</i> 308. |
| <i>Ceconi</i> 332. | <i>Hopkins</i> 339. | <i>Nelaton</i> 304. | <i>Thibierge</i> 306. |
| <i>Chevalier</i> 326. | <i>Hutchinson</i> 309. | <i>Nicolaysen</i> 337. | <i>Tinzew</i> 312. |
| <i>Colombini</i> 336. | <i>Jackson</i> 329. | <i>Nitze</i> 324. | <i>Tuttle</i> 315. |
| <i>Comiter</i> 325. | <i>Jacobsohn</i> 336. | <i>Orlowsky</i> 313. | <i>* Unna</i> 329. |
| <i>Crawford</i> 307. | <i>Josipowice</i> 324. | <i>Payne</i> 310. | <i>Vollmer</i> 323. |
| <i>Crocker</i> 311. | <i>Kiefer</i> 336. | <i>Penrose</i> 310. | <i>Washbourn</i> 309. |
| <i>Dohi</i> 316. | <i>Kremer</i> 334. | <i>Pick</i> 336. | <i>Welandor</i> 315. |
| <i>Elliot</i> 331. | <i>Lannois</i> 332. | <i>Posner</i> 324. | <i>Werler</i> 321. |
| <i>Fordyce</i> 328. | <i>Lassar</i> 319. | <i>Post</i> 314. | <i>Zarubin</i> 319. |
| <i>le Fort</i> 327. | <i>Legueu</i> 328. | <i>Powell</i> 325. | |

**Ausschliessliche Inseraten-Annahme durch
Annoncen - Bureau Karl Wipplinger,
Berlin SW., Dessauerstr. 39/40.**

Buchhändler-Inserate werden direkt an die Verlags-
buchhandlung Leopold Voss erbeten.

Ueberfettete neutrale u. alkalische

Stück-u. Pulver-Seifen

werden nach Angabe
des Herrn Oberanzt

Dr. J. Eichhoff in Elberfeld

nur allein
hergestellt
durch die
Seifenfabrik
von

Ferd. Mülhens
Glockengasse N° 4711
KOELN a/ RH.

Listen und Indications-
Verzeichnisse der
über 130 verschiedenen
Sorten versendet die
Fabrik auf Verlangen

den Herren Aerzten u. Apothekern gratis u. franko.



Dr. G. Scheibler's künstl. Aachener Bäder

nach Analyse des Prof. J. v. Liebig das zuverlässigste Mittel gegen Rheumatismus, Gicht, Drüsen- und Gelenk-leiden, Knochenaufreibungen, Scropheln, chronische Hautaffektionen, namentlich Krätze, Flechten und Geschwüre, Syphilis, Mercurial-Siechthum, Hämorrhoiden etc.

$\frac{1}{4}$ Kr. à 6 Vollbäder Mk. 4.—, $\frac{1}{2}$ Kr. zu Einreibung. resp. Waschung. Mk. 2,25.
Prospekte mit zahlreichen ärztlichen Attesten und Angabe von Niederlagen gratis und franco.

Gegründet
1854.

Alleinige Fabrikanten:
W. Neudorff & Co., Königsberg i. Pr.

Gegründet
1854.

Anstalt für künstliche Bade-Surrogate.

Den Herren Aerzten gewähren wir 25 pCt. Rab. und bei Entnahme v. $\frac{1}{4}$ Kr. (24 Bäd.) erfolgt die Zusendung franco.

Tannoform.

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form von Streupulver, 10%oiger Seife und 10%oiger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmkatarrhen** in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich liefert

E. MERCK, Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Jod-Soolbad

BAD HALL

Ober-Oesterreich.

Stärkste Jod-Soo-le des Continentes. Glänzende Heilerfolge bei allen scrophulösen Erkrankungen, sowie bei allen geheimen Krankheiten und deren Folgen. Vorzügliche Cureinrichtungen (Bäder u. Trinkcur, Einpackungen, Inhalationen, Massage, Kefyr). Sehr günstige klimatische Verhältnisse; Bahnstation, Reiseroute über Linz an der Donau (Kremsthalbahn) oder über Steyr (Steyrthalbahn).

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospe-cte in mehreren Sprachen durch die
Curverwaltung in **BAD HALL.**

Leicht lösliches
Adstringo-Antisepticum,
wirksam bei eiternden
Wunden, Abscessen,
Höhlenwunden, bei En-
dometritis gonorrhoea,
einfachem Fluor, bei
acuten oberflächlichen,
wie chronisch-infiltrirten
Hautentzündungen
etc. etc.

ALUMNOL

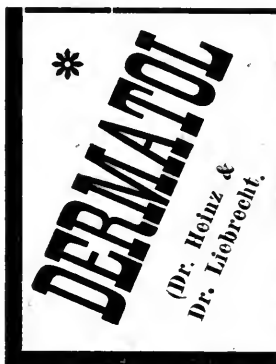
(patentirt und Name
geschützt)
(Dr. Heinz & Dr. Liebrecht.)

Geschlechtliche
Krankheiten.
Hautkrankheiten.
Ohrenleiden.

Geruchloses Wundheilmittel,
in den meisten Fällen Jodoform
ersetzend.

Ausserlich: Ein austrock-
nendes, die Wundheilung beför-
derndes Trockenantisepticum.
Ungiftig. Streupulver verdünnt
oder mit Amylum aa. Salben.
Dermatol-Collodium-Emulsion.
Fussstreupulver. Dermatolgaze.

Innerlich: Bei Magen- und
Darmkrankungen. Nach Prof.
Colasanti (Rom) das beste und
sicherwirkendste Antidiarrhoi-
eum der Neuzeit; drei- oder
viertel täglich ein Gramm oder
eine kleine Messerspitze.



Wunden.
Nässende Hautaffectionen.
Aufreibungen, nässende
Stellen, Wundsein der
Frauen und Kinder,
Wolf etc.
Diarrhoe.

Loretin - Natrium

leicht wasserlöslich, zum
Ausspülen eiternder
Wundflächen u. Höhlen-
wunden, bei Gonorrhoe
etc., zu Gurgelungen bei
Mund- und Rachenaffek-
tionen, zur Anlegung
feuchter Verbände.

Loretin

(patentirt und Name geschützt)
(Jodoxychinolinsulfosäure)
und seine Salze sind
absolut ungiftig, geruch- u. reiz-
los; von höchst antisept. Wirkung.
Beste Ersatzmittel für Jodoform.
Loretingaze kann, ohne
an ihrer Wirksamkeit zu
verlieren, bis auf 180°
erhitzt, also vollkommen
sterilisiert werden.

Loretin - Wismut

unlöslich in Wasser, in
der chirurgischen Praxis,
speciell bei Augen-Er-
krankungen u. innerlich
als Magen- und Darm-
desinficienz mit hervor-
ragendem Erfolg ange-
wandt.

Sanoform ein neues Ersatzmittel für JODOFORM

(zum Patent angemeldet und Name geschützt).

Erfindung von Dr. A. GALLINEK und Dr. E. COURANT.

Herr Dr. med. Alfred Arnheim, Berlin, resumirt seine Beobachtungen über Sanoform wie
folgt: „Wir haben in dem Sanoform zweifellos ein zuverlässiges Ersatzmittel des Jodoforms für
die Behandlung frischer und eitriger Wunden und der Ulcera genitalia. Das Medicament steht in
Bezug auf die Heilwirkung dem Jodoform nicht nach, ist diesem jedoch überlegen insofern, als es
im Gegensatz zu diesem völlig geruchlos, ungiftig ist und keinerlei locale und allgemeine Intoxi-
cations-Erscheinungen hervorruft.“

Literatur über vorstehende Präparate u. Proben stehen auf Wunsch gratis zur Verfügung.

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Unguentum Caseini

D. R.-P.

Sterilisierte, wasserlösliche Fettsalbengrundlage für **trocknende Salben**, empfohlen von Herrn **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XX, No. 6, als **Basis von Zink-, Zink-Schwefelsalben** gegen Gesichtseczeme, Rosacea, Acne, von **Theer- und Ichthyol-salben** gegen juckende Dermatosen, von **Perubalsamsalben** gegen Scabies, ferner als **reizloses Deckmittel** bei diversen Hautkrankheiten.

— Proben gratis und franco. —

Aromatische

Kali chloricum-Zahnpasta

(jetzt ungefärbt)

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis

in Tuben à Mk. 1.—.

Guttaperchapflastermulle — Salbenmulle
Überfettete Seifen — Zinkleim
Suspensorien — Comedonenquetscher
Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika
bei **Lehn & Fink, New York.**

Bemerkungen über Züchtung und Pluralität der Trichophytonpilze.¹

Von

P. G. UNNA.

M. H.! Es sei mir gestattet, einige Bemerkungen vorzubringen, welche jedoch nur auf die Punkte von prinzipieller Wichtigkeit in der Trichophytiefrage sich beziehen. Ich werde mich des Französischen bedienen, da es ein französischer Kollege ist, der heute den Hauptbeitrag zu diesen Studien liefert. Mein Wunsch ist, daß meine Ausführungen von Herrn SABOURAUD verstanden werden.

I. Keineswegs ist es meine Absicht, bei den verschiedenen Arten der Trichophytiepilze zu verweilen, welche in meinem Laboratorium während der sechs letzten Jahre gezüchtet worden sind, nur über die Arten englischen Ursprunges will ich sprechen.

Um mir ein persönliches Urteil über die in London existierenden Arten der Trichophytie zu bilden, bat ich Herrn EDDOWES, mir aus London kranke Haare möglichst vieler Trichophytiekranker zu senden. Frau Dr. TRACHSLER, Assistentin an meiner Klinik, hat die Züchtungen ausgeführt, indem sie sich meiner Methode der Reinzüchtung mittelst des Alkohols bediente.

Über 14 Fälle verfügte ich. Acht lieferten von vornherein Reinkulturen, die übrigen lieferten überhaupt keine Kulturen.

Von den acht Fällen gehören vier zu dem Typus des Mikrosporon GRUBY-SABOURAUD, wovon Sie sich überzeugen können, wenn Sie die Kulturen vergleichen mit denen des „Mikrosporon GRUBY-SABOURAUD“ aus Pariser Trichophytiefällen.

Ein anderer Fall gehört zu dem vor sechs Jahren von den Herren NEEBE und FURTHMANN aufgestellten und scharf begrenzten Typus des „Trichophyton atractophoron“.

¹ Gelegentlich der Diskussion über die Trichophytie auf dem internationalen dermatologischen Kongress in London 1896.

Ein sechster Fall gehört zu der nach meiner Ansicht weniger scharf begrenzten Gruppe der „Trichophytens a grappes“ (SABOURAUD).

Die Natur der beiden übrigbleibenden Fälle ist für mich im Augenblick noch unentschieden.

Aus den kurz aufgeführten Thatsachen schliesse ich:

1. Die Mehrheit der aus London stammenden Fälle gehört gleichwie in Paris zu der Gruppe des „Mikrosporon GRUBY-SABOURAUD“.

2. In anderen Fällen scheinen die in London beobachteten Trichophytonarten mit solchen in Hamburg existierenden identisch zu sein. Die Art der Fruktifikation legt diese Auffassung nahe.

II. Die Einteilung aller Trichophytiearten kann vor sich gehen auf Grund von vier Arten von Merkmalen, welche eine Sonderung und eine Zusammenfassung gestatten.

A. Nach den klinisch-makroskopischen Zeichen.

B. Nach den klinisch-mikroskopischen Zeichen.

C. Nach dem makroskopischen Bilde der Kultur.

D. Nach dem mikroskopischen Bilde der Kultur.

Eine Gruppe ist scharf charakterisiert, wenn sie sich in Bezug auf alle vier Arten von Merkmalen von allen anderen Arten unterscheidet.

So finden wir durch alle vier Arten von Merkmalen die Gruppe des Mikrosporon ausgezeichnet gut charakterisiert.

Seine ma- und mikroskopisch-klinischen Merkmale hat GRUBY fixiert, seine ma- und mikroskopisch-kulturellen sind von SABOURAUD aufgestellt.

Was die mikroskopisch-kulturellen Merkmale anlangt, so kann ich da nur ein einziges, aber sehr zuverlässiges hinzufügen: Die Anordnung der Hyphen in Bündeln (Fascikeln [s. meine Präparate]). Alle Kulturen dieses Typus, die ich kenne, sowohl die aus Frankreich, wie diejenigen, die aus England stammen, haben die Hyphen in dieser Form angeordnet. Drei oder vier Hyphen gehen parallel in Form eines kompakten Bündels zusammen. Der oberflächliche Pilz der Kultur des Mikrosporon wird gebildet von diesen sich durchflechtenden Bündeln, keineswegs von isolierten, sich (Hyphe für Hyphe) durchflechtenden Hyphen.

Da der Charakter der Luftsporen, die auf dem Conidienträger nach Art einer Säge oder eines Kammes angeordnet sind, sich nach SABOURAUDS Beschreibung nur auf gewissen Nährböden, hauptsächlich auf den mannithaltigen, findet, so glaube ich, daß das neue Characteristicum, das allgemeine Gültigkeit hat, sehr von Nutzen sein wird. Die Mikrosporonarten repräsentieren das Genus fasciculatum.

III. Nehmen wir an, daß verschiedene Fälle von Trichophytie sich in zwei oder drei Charakteren gleichen, aber nicht in allen, so fängt da der Zweifel an und die Notwendigkeit, die Gruppierung zu diskutieren.

Bestimmte Trichophytonfälle gleichen sich z. B. makroskopisch, aber nicht mikroskopisch. Das ist ein Ausnahmefall. Gewöhnlich besteht eine völlige Ähnlichkeit in makroskopischer und mikroskopischer Hinsicht.

Ebenso konnte ich schon aus der makroskopischen Ähnlichkeit der Kulturen meinen Fall Starkjohann von Hamburg identifizieren mit dem Fall 2 aus London. Bei beiden zeigte die mikroskopische Untersuchung die Abwesenheit der Bündelhyphen (Mikrosporon), die Abwesenheit der „grappes“ und die Anwesenheit von Spindeln. Beide gehörten demnach zur Gruppe des Spindeln tragenden Genus atractophoron.

IV. Aber abgesehen von dieser Ähnlichkeit der aus verschiedenen Quellen stammenden Fälle giebt es sehr oft für dieselben auf allen Nährböden konstante, bemerkenswerte Unterschiede.

In diesen Fällen gehören die Pilze zu der gleichen Gruppe, aber sie sind nicht identisch. Sie gehören zu der gleichen Gattung, aber nicht zu derselben Art.

Diese kleinen, aber konstanten Unterschiede treten nirgends so klar hervor, als durch das gemeinsame Wachstum zweier Pilze nebeneinander auf derselben großen Platte; eine Methode, deren ich mich als Erster bedient habe, um die Vielheit der Favuspilze zu beweisen.

Frau Dr. TRACHSLER hat gezeigt, daß die besten Gefäße zu diesen Gartenkulturen (cultures en jardin) für die Trichophytonpilze sehr weite Reagiergläser sind. Bei Ausarbeitung der Technik für diese Gartenkulturen zeigte sich, daß die verschiedenen Nährböden nicht denselben demonstrativen Wert besitzen. Mein Pepton-Lävulose-Agar hat sich als der beste Nährboden zur Demonstration feiner und konstanter Differenzen bewährt.

Sie haben hier z. B. auf Kartoffelagar fünf Kulturen des Mikrosporon (vier englische, eine französische). Sie scheinen identisch zu sein. Auf meinem Pepton-Lävulose-Agar konstatieren Sie hingegen ohne Schwierigkeit kleine Wachstumsdifferenzen, welche dauernd an denselben Pilzindividuen haften.

V. Längere Zeit war verstrichen, seitdem die Vielheit der Trichophytonpilze Thatsache geworden war, als man sich von neuem bemühte, die glücklich errungene Klarheit zu verdunkeln, indem man sich auf die Pleomorphie der niederen Pilze stützte. Vergebliche Anstrengungen!

Die Pleomorphie der Pilze ist eine von uns Pluralisten seit langem gekannte und gewürdigte Thatsache. Keiner wird dieselbe leugnen, der jemals das Wachstum eines Pilzes auf verschiedenen Nährböden beobachtet. Aber demgegenüber muß jetzt darauf hingewiesen werden, daß die „Unicisten“ uns niemals den Beweis der Identität für die verschiedenen Kulturen geliefert haben. Und diesen Beweis haben wir ein

Recht von ihnen zu fordern. Wir Pluralisten erkennen die Identität zweier Trichophytiekulturen nicht an, die bei einer systematischen Prüfung auf allen uns bekannten Nährböden irgendwelche von Generation zu Generation wiederkehrende Verschiedenheiten zeigen, welcher Art sie auch seien, während sie auf derselben Platte und auf demselben Nährboden eine große Reihe von Generationen hindurch nebeneinander gezüchtet werden.

Unter diesen Bedingungen erbringt man einwandsfrei den Beweis, daß zwei Trichophytiefälle, welche verschiedenen Gattungen oder auch einer Gattung aber verschiedenen Arten angehören, nicht miteinander identisch sind.

VI. Soweit die differentiell-diagnostischen Merkmale der Kultur ausschließlic in Betracht kommen, stelle ich die Thesen auf, daß

- a) die Gattung hauptsächlich durch die mikroskopischen Merkmale und speziell die Art der Sporulation gegeben ist,
- b) die Art am einfachsten durch die makroskopischen Merkmale der Kultur erkannt wird, da diese viel feiner und reicher im Detail zu sein pflegen.

Die Form der Sporulation hat mehr Wichtigkeit als KRÖSING glaubt. Ich züchte eine Kultur weiter, welche ich Ihnen jetzt herumgebe, die seit sechs Jahren beständig die Form der Spindelsporulation zeigt, ohne daß letztere je in die Form der „Spores en grappe“ übergegangen wäre.

Das Vorstehende ist die deutsche Übersetzung meiner Bemerkungen gelegentlich der Trichophytendiskussion auf dem Londoner Kongresse und einer daselbst abgehaltenen eigenen Demonstration von Pilzkulturen und spezifisch gefärbten Kulturschnitten. Inzwischen ist im Novemberheft des vorigen Jahres der *Annales de Dermatologie* eine kritische Revue von SABOURAUD über die Trichophytonfrage auf dem Londoner Kongresse erschienen. Mit der diesem Autor eigenen bewundernswerten Schärfe und Klarheit sind in demselben die Londoner Reden und Materialien nicht sowohl einzeln kritisch vorgeführt, als vielmehr insgesamt zergliedert, nach den aus der Sache selbst hervorgehenden Gesichtspunkten sodann übersichtlich geordnet und schließlich an den wissenschaftlichen, letzten Zielen einzeln gemessen und unnachsichtlich geprüft. Diese Kritik ist ein kleines Meisterwerk, wenn sie auch eine einseitige französische Kritik ist. Sie hat für alle am Studium der Trichophytie Interessierten den Wert eines Originals. Sie wird ein Muster bleiben nicht nur für die kritische Darstellung der Ergebnisse eines wissenschaftlichen Kongresses, sondern auch für die eigentlich notwendige Vorarbeit eines jeden

solchen Kongresses. Vorbildlich wird sie auch bleiben durch die strenge Selbstkritik, welche SABOURAUD übt und welche allerdings das notwendige Gegenstück bilden muß für eine so strenge Kritik der Mitarbeiter.

Eine gute Kritik ist fruchtbar. Diese ist es aus zwei Gründen; einmal weil sie die Standpunkte und damit die zukünftigen Aufgaben klärt und sodann, weil sie notwendigerweise überall ein kritisches Echo hervorrufen wird.

Aus diesem Grunde kann auch ich dieselbe nicht mit Stillschweigen übergehen und da die Publikation des Obigen sich doch verzögert hat, will ich meine Entgegnung an SABOURAUD gleich hier anschließen, wobei ich von vornherein bemerke, daß ich fast nur in denjenigen Punkten dissentiere, die ich hier einzeln besprechen werde, im übrigen aber mich ihm durchaus anschließe.

1. Wert der Färbung für das Studium der Pilze.

Das wesentlich Neue, was SABOURAUD auf dem Londoner Kongresse lernen konnte und auch unumwunden als Fortschritt anerkannt hat, waren die von MALCOLM MORRIS mit Hülfe seines Präparators, Herrn COLHOUN, hergestellten und vorgeführten gefärbten Trichophytonhaare. Dieselben zeigten ohne Weiteres, daß manche früheren Angaben von SABOURAUD über das Verhalten des Mikrosporon GRUBY-SABOURAUD zu berichtigen seien. SABOURAUD will also das Studium gefärbter Haare zukünftig den bisherigen Methoden angereicht wissen. Aber er schreibt dieser zuerst in Deutschland ausgebildeten Methode doch nur eine beschränkte Anwendungsfähigkeit zu und dieses ist ein Punkt, in welchem ich abweichender Ansicht bin und meinen Standpunkt motivieren muß.

SABOURAUD sagt: „Pour toutes les études d'ensemble d'un parasite, les moyens actuels de coloration sont également à rejeter. Quand les manipulations, qu'elles exigent ont respecté les rapports du parasite et du cheveu, la masse colorée est souvent impénétrable à l'oeil. Quand ces manipulations au contraire ont dissocié le parasite et le cheveu, les rapports de l'un et de l'autre sont tellement troublés qu'on peut ne plus savoir quel parasite on a sous les yeux.“

Ich finde gerade umgekehrt, daß bei keiner Darstellung der Haarpilze das Verhältnis von Haar und Pilz so sehr geschont wird und so klar zur Anschauung gelangt, wie bei der Färbung mit Gentiana-Jod und der Entfärbung mittelst der von mir und anderen angegebenen komponentierten Aniline. Nur die einfache Betrachtung in Glycerin kann an Schonlichkeit mit dieser Methode wetteifern; wo diese nicht ausreicht und man früher gezwungen war, zur Dissociation und Aufhellung durch Kali- oder Natronlauge zu greifen, da wird gerade dieser Zusammenhang von Haar und Pilz, auf den SABOURAUD mit Recht Gewicht legt, viel mehr

gestört, als bei der genannten Färbung. Was sollte denn auch hier dissociierend und macerierend wirken? Die anfängliche Entfettung der Haare durch Äther und Alkohol gewiss nicht; dann bringt man das Haar auf den Objektträger, fügt successive einen Tropfen der Gentiana-Anilin-, der Jod- und der komponierten Anilidlösung hinzu, wobei das Haar immer zwischendurch abgetrocknet wird. Alle diese Flüssigkeiten erweichen und macerieren weder Haar noch Pilz, höchstens könnte man die Manipulation des Abtrocknens im Verdacht haben, da dieselbe gewöhnlich im Aufdrücken von Löschpapier besteht. Aber eine dreijährige Praxis in meinem Laboratorium hat bewiesen, daß ein solcher Verdacht, wenigstens für die Favushaare und die in Hamburg vorkommenden Trichophytiehaare unbegründet ist. Solch' dicke Pilzscheiden wie beim Pariser und Londoner Mikrosporon kommen allerdings hier nicht vor und es wäre ja möglich, daß beim Mikrosporon der Druck des Löschpapiers ähnlich dislocierend wirken könnte, wie früher die erweichenden Alkalien samt Druck des Deckglases. Aber dann hat man nur nötig, die ersten beiden Flüssigkeiten am Rande des Haares einfach abzusaugen und den Rest spontan oder rasch über der Flamme eintrocknen zu lassen, während das Anilin durch Xylol fortgenommen wird. Keineswegs kann ich nach meiner nicht geringen Erfahrung auf diesem Gebiete zugeben, daß eine gründliche Entfärbung des Haares auf dem angegebenen Wege die Beziehungen von Pilz und Haar stört. Gerade im Gegenteile; man wird diese Methode, welche ja nicht so einfach ist, wie der Zusatz von Glycerin oder Kalilauge, überall dort nicht entbehren können, wo es sich darum handelt, das Verhältnis der im Innern des Haares verlaufenden Hyphen zu den Sporen, ferner die feineren Strukturverhältnisse der im Innern des Haares verlaufenden Pilzbestandteile und endlich die nicht weniger interessante Degeneration der Haarzellen durch die Pilzwucherung zu studieren. Denn bekanntlich wird auch diese erst durch die Färbung in ihrer Ausdehnung und Intensität deutlich gemacht.

Aber dieses sind nicht die einzigen Vorzüge der Färbungsmethode. Es existiert noch ein sehr wichtiger und auch dieser scheint mir von SABOURAUD noch nicht genügend erkannt zu sein. SABOURAUD sagt nämlich: „Enfin je puis affirmer encore que certains rameaux mycéliens ne se colorent pas dans le même cheveu où d'autres rameaux se colorent.“ In dieser anscheinend unregelmäßigen Färbung erblickt SABOURAUD also offenbar eine Unvollkommenheit der Methode und doch ist gerade dieser Umstand vielleicht der größte Vorteil, den die Methode gewährt. Denn dieselbe zeigt mit größter Regelmäßigkeit alles gefärbt, was am Pilze noch lebendig ist. Hyphenfäden, aus denen das lebendige Protoplasma geschwunden ist, färben sich nicht mehr. Diese feinen Unterscheidungen sind ohne Färbungen sehr schwer und im Innern des Haares gar nicht

zu machen. Um sich hiervon zu überzeugen, möchte ich SABOURAUD ersuchen, einmal systematisch die Favushaare in der angegebenen Weise zu färben. Denn das Phänomen der Unfärbbarkeit der Hyphen findet sich an den Favushyphen im Innern des Haarschaftes regelmässig und in viel grösserer Ausdehnung als bei Trichophytonhaaren. Bekanntlich hat vor noch nicht sehr langer Zeit ein englischer Forscher deshalb die „sog. Pilzfäden“ der Favushaare samt und sonders für Luftfäden erklärt. Das sind sie nun nicht, aber in jedem gut gefärbten und entfärbten Favushaare, trifft man neben durchaus gut gefärbten, normal aussehenden Hyphen eine Anzahl von geschrumpften Hyphen, in denen das Protoplasma anfängt einzutrocknen und sich von der Wandung zurückzuziehen und weiter eine Reihe von Luftkanälen, welche nur noch unfärbbare Reste der Pilzhypen enthalten. Hier kann man gerade durch die Färbung — und nur durch die Färbung — den Gang der Pilzdegeneration verfolgen und zeigen, daß, wo der Pilz sich nicht gefärbt hat, auch kein normaler Pilz mehr vorliegt. Selbstverständlich muß man die Färbemethode beherrschen und nicht etwa zu schwach färben: es ist vielleicht nicht überflüssig, zu bemerken, daß in meinem Laboratorium gerade die in ihrer Textur noch wohl erhaltenen, pilzhaltigen Favushaare stets mit dem Gentianatropfen einen Augenblick über der Flamme erhitzt werden; es bleiben dann auch im Innern des Haares sicher keine lebendigen Hyphen ungefärbt. „Défauts, lacunes de la méthode“, welche man nach SABOURAUD kennen muß, um sie zu eliminieren, sind mir also bisher nicht bekannt geworden, und ich kann nur wünschen, daß diese in erster Linie deutsche Methode, welche unter den Händen von MORRIS, FOX und anderen auch in England zur herrschenden geworden ist, recht bald auch in Frankreich zur Lieblingsmethode werden möge.

2. Der einheitliche Nährboden der Zukunft.

Vollkommen unterschreibe ich den Satz von SABOURAUD:

„L'oeuvre la plus utile du Congrès eût été certainement l'adoption d'un milieu de culture commun et conventionnel devant servir d'unité.“

Aber welcher Nährboden ist der richtige? Ein jeder Forscher auf diesem Gebiete wird zunächst den seinigen, denjenigen, auf welchem er seine Resultate erzielte, für den geeignetsten halten. Ein jeder Besonnene wird aber im Interesse der Vergleichbarkeit der Studien aller Forscher zu einem Opfer in dieser Richtung bereit sein, vorausgesetzt daß der anderweitig vorgeschlagene Nährboden ein für unsere Zwecke nachweislich besserer ist. Der Wahl eines international anerkannten Nährbodens muß mithin eine Verständigung der verschiedenen Forscher über den eigentlichen Zweck desselben vorhergehen und

wenn dieser festgestellt ist, muß erst die Frage beantwortet werden, ob ein einziger Nährboden dem anerkannten Zwecke genügt.

Alle sind darin einig, daß die leichtesten Veränderungen des Nährbodens genügen, Form und Aussehen der Kulturen zu verändern und so wird es nicht schwer sein, für jede Trichophytonart durch zahlreiche Versuche denjenigen herauszufinden, auf welchem derselbe ein maximales Wachstum zeigt. Es ist aber wenig wahrscheinlich, daß derselbe Nährboden nun bei jeder folgenden Species ein maximales Wachstum zeitigt. Nach meinen bisherigen Erfahrungen ist sogar das Gegenteil der Fall, wenn diese Erfahrungen auch zum größten Teile bei verschiedenen Favusarten gewonnen sind; vielleicht besitzen die Trichophytonarten einen einheitlicheren Geschmack.

Vorausgesetzt nun, wir hätten einen Nährboden gefunden, welcher bei sämtlichen bekannten Trichophytonarten ein maximales Wachstum garantiert, wäre dieses nun der zu erstrebende, internationale einheitliche Boden? Ich glaube nicht. Denn ich habe bei der Analyse der Favus- und Trichophytonarten immer wieder die Erfahrung gemacht, daß auf solchen besonders „guten“ Nährböden mit üppigem Wachstum die feineren Unterschiede der Arten verwischt sind und erst wieder hervortreten, wenn man etwas weniger „gute“ Nährböden benutzt, z. B. solche mit reichlichem, aber weniger vollkommen assimilierbaren Nährmaterial. Es scheint, daß erst im „Kampfe ums Dasein“ die feineren Differenzen der Arten uns grobsinnlich wahrnehmbar werden. Deshalb bin ich schon seit mehreren Jahren für Favus und Trichophyton auf einen Nährboden von mittlerer „Güte“, aber vorzüglicher „Differenzierungskraft“ zurückgegangen, den bekannten Pepton - Lävulose - Boden, Sollte SABOURAUD, welchem die feinere Differenzierung der Pilzarten ebenso am Herzen liegt wie mir, nicht mit mir darin einverstanden sein, daß der zu erstrebende Einheitsboden derjenige sein müßte, der alle bekannten Arten am deutlichsten schon makroskopisch zu differenzieren erlaubt? Ich halte es auch für durchaus wahrscheinlich, daß wenn die Annahme eines solchen Nährbodens allgemein als zweckmäßig erachtet wäre, bei der Auswahl eines solchen die Erfahrung zeigen würde, daß für manche Zwecke ein einziger Nährboden nicht genügt.

SABOURAUD schlägt in seiner Revue folgenden einheitlichen Nährboden für die Trichophytonarten vor:

<i>Aqua destillata</i>	100 g
<i>Glycerin. neutr. redestillat.</i>	4 „
<i>Peptone granulée de Chassaing</i>	
(Paris)	1 „
<i>Agar</i>	1 „ 40.

den er für „non pas excellent et compliqué, mais suffisant et simple“

hält. Hierin fällt mir nur der Ausdruck „suffisant“ auf. Es sollte heißen: „assez défavorable.“ Denn kurz vorher unterscheidet SABOURAUD bei Aufzählung der „conditions exigibles“ für die Züchtung der Trichophytonarten „un milieu favorable (hydrocarbures)“ und demgemäß bei Aufzählung der „vices de technique“ ein „ensemencement sur milieux défavorables (très azotés).“ Ich muß daraus schließen, daß SABOURAUD seinen eigenen Einheitsboden, welche gar keine Zuckerart, dagegen einen mäßigen Peptongehalt enthält, selbst für „assez défavorable“ hält, mithin genau das von mir befolgte Prinzip festhält, zur Differenzierung keinen zu üppiger Entfaltung des Pilzes Anlaß gebenden Boden zu benutzen. Aber weshalb sagt der sonst so musterhaft klare und präzise SABOURAUD hierüber nichts? Und weshalb nennt er kurzweg einen Peptonboden „suffisant“, wenn von ihm eben vorher ein stark peptonhaltiger, zuckerloser Nährboden für Trichophyton als „vice de technique“ charakterisiert wurde?

3. Wert der botanischen Forschung für die Dermatologie.

SABOURAUD möchte die Frage der botanischen Klassifikation der Trichophytonpilze nicht den Botanikern überlassen. Er liebt solche Waffenstreckung nicht.

„D'abord après tout le travail accompli par nous, c'est vraiment laisser la part trop belle aux mycologues que leur fournir des pièces suffisantes pour conclure et attendre leurs conclusions“.

Dieser stolze Ausspruch ist gewiß in keines Menschen Munde gerechtfertigter als in dem von SABOURAUD, welcher in kurzem Anlauf uns eine gewaltige Strecke dem Ziele einer botanischen Erkenntnis der Trichophytonarten näher gebracht hat. Immerhin gibt er zu, daß ich vielleicht doch mit meiner „vorläufigen“ Klassifikation der Trichophytonarten in ein „genus fasciculatum“, „atractophoron“ u. s. w. nicht so Unrecht habe.

Hier bin ich SABOURAUD eine Erklärung für meinen resignierten Standpunkt in dieser Frage schuldig. Als ich 1887 mit der Züchtung der Hautpilze begann, war ich ganz seiner Meinung und hielt es für unsere vornehmste Aufgabe, die „wahre“, außermenschliche Form der pathoforen Pilze zu erforschen und setzte mich zu diesem Zwecke mit verschiedenen Botanikern in Verbindung. Aber schon 1888 hatte ich zweimal ein eingehendes Gespräch über diesen Gegenstand mit unserem ersten Pilzforscher der Gegenwart, mit BREFELD, und kam infolgedessen ganz von dieser Anschauung zurück. Kein Geringerer als BREFELD machte mir klar, daß uns Hautforschern die bisherigen botanischen Kenntnisse garnichts nützen könnten, daß aber andererseits auch die Botaniker unsere Resultate durchaus nicht ohne weiteres zu verwerten im stande seien. Wie recht BREFELD hatte, ist mir später immer klarer geworden.

Eine Pilzgattung, die bisher in der freien Natur vegetiert und dann sich allmählich auf Mensch und Tier akklimatisiert, bequemt sich damit so ungemein abweichenden Existenzbedingungen an, daß ihre morphologischen und physiologischen Eigenschaften sich von Grund aus ändern müssen. Es ist von vornherein fraglich, ob wir sie wieder an eine aufsertierische Existenz dauernd gewöhnen können und ebenso fraglich, ob sie dann wieder einen Rückschlag in die alten Bahnen oder ganz neue Akklimatisationserscheinungen aufweisen wird.

Ich vermag in allen Versuchen, die Trichophyten- und Favusarten auf botanisch bekannte Arten der freien Natur zurückzuführen, gar nicht mehr einen so großen theoretischen Gewinn (ein praktischer Nutzen dieser Studien ist wohl nie behauptet worden) zu sehen und möchte vorschlagen, daß SABOURAUD seine kostbare Zeit nutzbringenderen Studien zuwenden möchte. Besonders gerade SABOURAUD, dem wir zwei Thatsachen von praktischem Werte verdanken, welche sich gar nicht mit seinen Bemühungen in Einklang setzen lassen, das „wilde Trichophyton“ irgendwo in Wald und Flur aufzustöbern. SABOURAUDS Studien verdanken wir die fundamentale Thatsache in erster Linie, daß fast alle Trichophytonarten (abgesehen vom Mikrosporon) des Menschen mit dem Trichophyton der Tiere identisch sind; die Erkrankungen der Menschen stammen daher unmittelbar oder mittelbar von den Haustieren, da bei diesen die Trichophytonarten noch zahlreicher sind und der Mensch sich eher vom Tiere infiziert, als das Tier vom Menschen. Seitdem ist die Trichophytie des Menschen nur noch eine kleine Kolonie des Trichophytonstammsitzes beim Tiere und wenn noch weitere Ahnen gesucht werden sollen, so ist das mehr Sache der Veterinaire als der Ärzte.

Zweitens hat SABOURAUD in ausgedehnter Weise Trichophytonarten auf toten Nährsubstraten, wie sie in Wald und Feld vorkommen, so auf altem Holze zum Wachstum gebracht. Ist da nun die ursprüngliche Form, die „höhere“ Form in botanischem Sinne zur Erscheinung gekommen? Durchaus nicht. Die Charaktere blieben dieselben wie auf Haar und Agar.

Ich bin mit SABOURAUD der Meinung, daß wir den Botanikern nichts schenken sollen, wie diese uns nichts schenken können. Ich bin aber weiter der Ansicht, daß Dermatologen und Botaniker ganz getrennt marschieren sollen, daß jedes Suchen nach botanischen Analogien uns nur von unserem Wege ablenkt. Vielleicht findet sich schließlich noch einmal eine Brücke zwischen beiden Wegen; das müssen wir dem Zufall und der Zukunft überlassen. Einen besonderen Wert für das Studium und die Erkenntnis der menschlichen Trichophytie kann ich diesem Glücksfall nicht beilegen.

Hiernach versteht SABOURAUD wohl meine Gründe zu würdigen,

weshalb ich mich nach „vorläufigen“ Klassifikationsprinzipien umsehe, wie: Fruchtorgane, Wachstum in Bündeln etc. Auf diesem Felde steht uns bei sorgfältigem Ausbau unserer Methoden noch eine reiche Ernte bevor und ich benutze diese Gelegenheit, um SABOURAUD gegenüber wieder ein Wort für die deutsche Färbemethode der Kulturschnitte einzulegen. Wie FOX und MORRIS durch Färbung der Mikrosporonhaare SABOURAUD allerlei neue Thatsachen über das Mikrosporon zeigen konnten, so demonstrierte ich ihm die auf jedem Kulturschnitt auffallend hervortretende Disposition der Hyphen in Bündeln bei den fünf von mir untersuchten Mikrosporonfällen.² Auch diese so einfache Untersuchungsmethode möge sich bald als gleichberechtigt in Paris einbürgern.

4. Pleomorphie und Kommensalismus.

Ich verstand bisher unter Pleomorphie jede auffällige makroskopische oder mikroskopische Veränderung, welche im Pilz unter neuen äußeren Bedingungen annimmt und unter Fortdauer derselben Bedingungen beibehält. Ich bin aber gern bereit, wenn SABOURAUD es für historisch-botanisch richtiger hält, diese Eigenschaft der Pilze als Variationsfähigkeit, Variabilität in Zukunft zu bezeichnen. Für einen Fall „wahrer Pleomorphie“ erklärt SABOURAUD dagegen die auf alten Kulturen zuweilen auftretenden, wolligen, weißen Lufthyphen, in denen sich durch Verschmelzung hier und da den Askosporen ähnliche Gebilde zeigen, also derjenige Vorgang, den SABOURAUD früher als eine besondere und sehr störende Eigenschaft der Trichophytonpilze bezeichnete, nämlich als Kommensalismus. In seiner Revue nimmt jetzt SABOURAUD seine Lehre vom Kommensalismus feierlich zurück und mir damit nebenbei auch einen Stein vom Herzen.

Denn die ganze Lehre vom Kommensalismus hatte ich vom ersten Male, als ich von derselben las, für einen gefährlichen Irrtum gehalten, gefährlich, da er von einem Manne von solchen Verdiensten wie SABOURAUD ausging. Um meine Idiosynkrasie gegen den Kommensalismus zu verstehen, muß ich eine kleine Geschichte einflechten. Im Jahre 1890 impfte mein damaliger Assistent, der leider so früh verstorbene Dr. VON SEHLEN, alle bis dahin in meinem Laboratorium gezüchteten Hautpilze auf einen Brodnährboden in ungewöhnlich großen ERLNMEYERSchen Kolben, um besonders große Kulturen zu erhalten. Diese sollten nach erlangter Ausbildung abgetötet werden, um als Kulturmuster verglichen und aufbewahrt werden zu können. In der (falschen) Idee, daß die Pilze unter Petroleum nicht wachsen könnten, wurden alle fertigen Kulturen bis an

² Hierunter stammte eine von SABOURAUD selbst aus Paris, die vier anderen aus London. Daß ich in London auch eine deutsche Mikrosporonart demonstriert habe, ist ein Irrtum. Bis jetzt ist mir in Hamburg das Mikrosporon nicht aufgestoßen.

den Rand der Kolben mit Petroleum gefüllt, welchem zur Verhinderung der störenden Fluorescenz Nitrobenzol zugesetzt war. Eine Zeit lang ging alles gut; die Kulturen sahen wunderhübsch aus und zeigten auffallend frische Farben. Dann mit einem Male begann erst in einem Kolben, dann in einem anderen u. s. f. zu unserem grössten Erstaunen eine weisse Wolke zarter Pilzfäden aufzuschiessen, ausgehend von den Kulturrasen und sich in das Petroleum zu erheben. Anfangs glaubten wir, in einigen Kolben sei das Brodmaterial nicht genügend sterilisiert gewesen und es handle sich um Verunreinigungen durch Brodpilze, obwohl auch dann noch das Wachstum ins Petroleum hinein sonderbar genug war. Wir überzeugten uns aber bald, durch Impfung und sonstige Untersuchung, daß es sich um seltsame, der Submersion in Petroleum eigentümliche, pleomorphe Bildungen der Kulturen selbst handelte. Denn wenn, was nicht immer der Fall war, die Impfung mit diesem weissen Fadengespinnt anging, wuchsen Kulturen heraus, welche sich genau wie die Originalkulturen verhielten. Zudem waren diese pleomorphen Bildungen im feineren Detail verschieden; hier sproßten dicke wollige Massen, dort zarte Federn, hier strebte die Kultur steil in die Höhe, dort lagerte sie Schicht auf Schicht auf die alte Kultur ab. Allmählich erschienen in den immer dicker werdenden weissen Massen auch dunkelgrüne, braune und schwarze Punkte, jene von SABOURAUD erwähnten, Ascosporen ähnlichen Gebilde und verdrängten in einigen Kolben die weissen Massen zum grossen Teile. Nach mehreren Monaten boten meine Petrolarien mit ihren mißgestalteten Kulturen und den im Petroleum schwimmenden zarten, weissen Wolken ebenso überraschende wie anziehende Bilder. Nach zwei Jahren hatten die pleomorphen Massen die ganzen Kolben ausgefüllt, das Petroleum fast ganz verdrängt, resp. vielleicht verbraucht und repräsentierten nun dichte, holzigfeste, weisse, schwarz gesprenkelte Massen, die mehr als das zwanzigfache an Volumen als die ursprünglichen Kulturen samt ihrem Brodboden besaßen. Da fiel eines Tages die ganze Herrlichkeit dem Reinlichkeitstrieb zum Opfer, was ich später sehr bedauerte, als SABOURAUD über den Kommensalismus schrieb. Denn ich hatte Jahre lang die jetzige „Pleomorphie“ SABOURAUDS in einer Großartigkeit beobachtet, wie sie vielleicht nirgends bisher zur Erscheinung gekommen ist und mich dabei sicher überzeugt, daß diese weissen Massen Abkömmlinge des Pilzes selber sind und durchaus keine Kommensalen. Wo sie mir mithin später vorkamen, hatte ich niemals ein Arg und dachte gewiss nie daran, daß diese unschuldigen Produkte einer künstlichen Kultur in der Frage nach der Unität oder Pluralität der pathoforen Pilze Verwirrung stiften könnten.

Das aber haben sie offenbar eine Zeit lang gethan. Da sie SABOURAUD, ehe er sie jetzt richtig deutete, als vermutliche Kommensalen genierten

und er einen beständigen Krieg mit ihnen führte, glaubte er auch in ihnen die Angriffswaffe der Unicisten gegen seine pluralistische Ansicht zu entdecken und meinte, daß, wenn man sie technisch vermiede, alle sich zu Pluralisten bekehren würden. Aber viel früher, als SABOURAUD die Lehre vom Kommensalismus aufstellte, waren gegen die hamburger Lehre von der Pluralität der Trichophyton und Favuspilze, schon Einwände gemacht worden auf Grund der Pleomorphie der Pilze im Sinne ihrer durch veränderte Ernährungsbedingungen erzeugten Variabilität. Und diese Einwände blieben bestehen auch nach Aufstellung des Kommensalismus und werden bestehen bleiben, nachdem SABOURAUD den Kommensalismus selbst zu Grabe getragen und durch die Lehre von der Pleomorphie der „Mucedinée simple“ zur „Mucedinée agréée“ ersetzt hat. Diese weissen wolligen Massen auf alten Kulturen können schon deshalb dem Unicismus mit seiner Annahme unbeschränkter Variabilität nicht Vorschub leisten, weil sie viel uniformer sind als die Originalpilze selbst, nämlich anfangs stets weifs mit dunklen Einsprengungen. Diese Art von „Variation“ hat auch der Unicismus nicht von selbst gegen den Pluralismus ins Feld geführt; sie kann nach keiner Seite verwendet werden. Der Pluralismus sucht vielmehr seine Waffen in der thatsächlichen, leicht erzeugbaren und stets bekannten Variabilität und hier kann er nur erfolgreich zurückgewiesen werden durch eine einzige Demonstratio ad oculos, wie ich sie in London in meiner Methode der Gärten eingeführt habe. Die zwingende Beweiskraft dieser — SABOURAUD verzeihe mir das Wort — deutschen Methode hat SABOURAUD selbst in London und in seiner Revue anerkannt. Was im selben Glase, friedlich nebeneinander wachsend, fort und fort seine ursprünglichen Verschiedenheiten bewahrt, das kann nicht identisch sein.

Zum Schlusse noch ein Wort über einen Ausspruch SABOURAUDS, den ich mir nicht erklären kann. SABOURAUD sagt, daß die pleomorphen Formen, seine früheren Kommensalen, hauptsächlich durch einen Überschuß an Stickstoff erzeugt werden, daß dagegen die Zuckerarten die ursprüngliche Form des Trichophyton erhalten. Wie kommt es denn aber, daß SABOURAUD als Erster soviel mit diesen Formen zu kämpfen hatte, bis er sie überwinden lernte und doch hauptsächlich und früher fast ausschliesslich die Trichophytonarten auf Zuckernährboden züchtete? Und wie kommt es, daß wir, die wir in Deutschland die Trichophytie stets auf peptonreichen und zumeist auch zuckerarmen Nährboden züchteten, diese pleomorphen Bildungen verhältnismässig so selten sahen? Wie war es möglich, daß auf meinem von Petroleum durchtränkten Brodboden diese Formen eine gigantische, sonst nie beobachtete Gröfse erreichten? Mir scheint der Stickstoff am wenigsten zu ihrer Erzeugung notwendig zu sein.

Indem ich schliesse, betone ich noch einmal, daß ich abgesehen von diesen Punkten, mit SABOURAUD in allem, soweit mir selbst bisher Erfahrungen vorliegen, übereinstimme und jedem Dermatologen seine Revue dringend zur Lektüre empfehle.

Aus der Praxis.

Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Merkurialerkrankungen.

Von

Dr. A. LIEVEN in Aachen.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 16. Januar 1895 hat O. ROSENTHAL in verdienstvoller Weise eine Zusammenstellung der bekannten Merkurialexantheme gegeben. Er hat hieran die Mitteilung einiger Krankengeschichten geknüpft, welche geeignet sind, die Thatsache zu illustrieren, daß der Merkur in seltenen Fällen die Widerstandsfähigkeit der Hautgefäße herabzusetzen vermag. Er berichtet von drei Fällen, in denen es zu mehr oder minder ausgedehnten Hämorrhagien in der Haut nach dem Gebrauch von grauer Salbe gekommen war. Frühere Beobachtungen, wie sie u. a. von G. MAYER im hiesigen ärztlichen Verein mitgeteilt wurden, haben denselben Einfluß des Hg auf die Lungengefäße dargethan, so daß bei Phthisischen, welche an Lues leiden, die Überwachung seitens des Arztes während einer Quecksilberkur eine besonders sorgfältige zu sein hat. Es lassen sich nur so Anfälle von Lungenblutungen mit Sicherheit vermeiden. Auch ist von demselben Autor auf die Möglichkeit einer Apoplexie beim Gebrauch von Quecksilber in Fällenluetischer Erkrankung der Hirngefäße aufmerksam gemacht worden. Selbstverständlich wird durch solche Bedenken der Gebrauch des Quecksilbers, in letzterem Falle besonders gleichzeitig mit Jodverordnung, nicht kontraindiziert.

Es sei mir nun erlaubt, Ihnen einen Fall von Gefäßruptur infolge Hg-Gebrauchs mitzuteilen, der für die Kenntnis der Quecksilberkrankheiten nicht ohne Interesse sein dürfte.

Mr. P., England, 36 Jahre alt, hat sich im Januar 1893 infiziert und wurde gleich danach mit Hg innerlich behandelt. Über die Menge des genommenen Quecksilbers und das Präparat weiß Patient nichts anzugeben. Patient befindet sich seit einem Monat in Aachen, wo er bereits 29 Einreibungen à 5 g Ung. ciner. und täglich 1 Schwefelbad erhalten hat. Am 21. April 1895 tritt Patient in meine Behandlung ein, am 30. Tage seines Aufenthalts. Patient ist ein kräftiger, stattlicher Mann mit

mäßigem Fettpolster. Beiderseits finden sich rosenkranzförmige Schwellungen der Inguinal- und Nackendrüsen. Beide Cubitaldrüsen bohnen groß. Innere Organe normal. Psoriasis palmaris et plantaris. Sonst ist die ganze Decke intakt. Urin zucker- und eiweißfrei.

Verordnung: Fortsetzung der Allgemeinkur und Behandlung der Hände und Füße mit Sublimatkollodium. Nachdem 40 Einreibungen beendet, und die Hände und Füße geheilt sind, wird Patient entlassen mit einer Mitteilung an seinen Arzt, ihm zu Hause noch Jodkalium zu verordnen. Während der letzten 14 Tage seines Aufenthaltes bemerkte Patient in der Furche zwischen Malleolus externus und Achillessehne eine leichte Schwellung, welche ihn beim Gehen etwas behinderte. Patient teilte mir mit, daß er als Knabe von 12 Jahren durch Umschlagen des Fußes eine Verstauchung gehabt habe, wobei speziell dieselbe Stelle schmerzhaft gewesen sei. Später hat Patient davon nie wieder etwas gefühlt. Ich nahm an, er hätte den Fuß vielleicht etwas überanstrengt, da er ein Freund von den Spaziergängen im etwas hügeligen Terrain unseres Waldes war, und verordnete ich Ruhe und eine Flanellbinde. Nach Beendigung der Kur besserte sich erst der Zustand, wie Mr. P. mir aus England mitteilte.

Am 27. August 1894 stellte sich Patient wieder ein, diesmal mit Papeln auf dem Zungenrücken und einer gummösen Ulceration der rechten Ferse. Therapie: Bäder und 5 g Ung. ciner. pro die als Inunktion. Daneben erhält Patient 1 g Kal. jodat. pro die. Unter dieser Behandlung und Pinselung der Zunge mit Sublimatspiritus, sowie Sparadrap de Vigo auf die Ulceration am Fuß, schnelle Heilung. Nach 30tägiger Behandlung verläßt Patient Aachen mit der Weisung zu Hause sofort noch 10 Einreibungen à 5 g zu machen, sowie noch 30 g Kal. jodat. zu nehmen. Ungefähr nach der 25. Einreibung klagte Patient wiederum über Schmerzen an der Außenfläche der Achillessehne. Genau an derselben Stelle, wie das letzte Mal, teigige circumskripte Schwellung von etwa Zehnpfennigstückgröße, welche von unveränderter Haut bedeckt und auf Druck empfindlich ist. Nach beendeter Kur bildet sich die Schwellung von selbst zurück.

Am 11. April 1895 trifft Patient mit einer über den ganzen Rumpf und die oberen Extremitäten verbreiteten Rupia ein. Die einzelnen Geschwüre differieren zwischen Fünfpennig- und Zweimarkstückgröße. Mit Rücksicht auf den hartnäckigen Charakter seiner Lues erhält Patient nun noch 50 Einreibungen à 5 g Ung. ciner. und bessert sich unter dieser Behandlung und täglichen Thermalbädern völlig. Nach der 30. Inunktion läßt mich der Patient eines Tages wegen heftiger Schmerzen am rechten Fuße rufen. Ich konstatiere genau an derselben Stelle, wo sich die beiden letzten Male Schmerz und Schwellung gezeigt hatte, eine etwa kirschgroße, gerötete, auf Druck und beim Gehen sehr empfindliche Beule von weicher Konsistenz, aber ohne Fluktuation. Ich verordnete eine Jodjodkaliumsalse, elastischen Verband mit Flanellbinde und Ruhe. Nach einigen Tagen stellte sich eine Verfärbung der Geschwulst ein, welche erkennen ließ, daß es sich um einen Bluterguß in das Unterhautbindegewebe gehandelt hatte; sie zeigte alle Farbennüancen vom dunkeln grün bis gelb. Nunmehr gewann ich die Überzeugung, daß die Affektion mit der angewandten Therapie zusammenhängen müsse, und erinnerte mich der eingangs erwähnten Thatsachen aus der Litteratur. Herr Geh. Rat MAYER, den ich zur Konsultation bat, bestätigte meine Diagnose. Wir verordneten dann gemeinsam feuchte Bleiwasserverbände, worunter die Geschwulst trotz der fortgesetzten Behandlung mit Hg langsam resorbiert wurde, ihre Schmerzhaftigkeit aber noch ziemlich lange nach der beendigten Kur behielt.

Es handelt sich also in diesem Falle um einen Patienten, der durch

Verstauchung einen Locus minoris resistentiae erworben hat, während er sich sonst einer kräftigen Konstitution erfreut. Gerade diesen schwachen Punkt sucht nun das Hg aus, um seine erschlaffende Wirkung auf die Ganglien der Gefäßwandungen daselbst zu bethätigen (LEWIN). Es illustriert dies die Anschauung ROSENTHALS (l. c.), daß langwierige Erkrankungen, insbesondere beim weiblichen Geschlecht Anämie und Chlorose, zu merkurieller Erkrankung des Gefäßsystems insofern disponieren, als sie seine Widerstandskraft lähmen; dort die herabgesetzte Ernährung oder Toxine, welche den genannten Prozefs begünstigen, in unserem Falle das überstandene Trauma.

Es zeigt der Fall ferner, daß nicht nur an Lungen-, Gehirn- und Hautgefäßen merkurielle Veränderungen vorkommen, sondern daß unter besonderen Bedingungen auch einmal an jeder Stelle eine Blutung auftreten kann. Je nach der Lokalisation derselben ist sie dann für den Befallenen mehr oder minder bedeutsam; damit glaube ich es rechtfertigen zu können, wenn ich den Fall veröffentliche.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. Januar 1897.

(Originalbericht von L. WICKHAM-Paris.)

Behandlung ausgedehnter Lupusherde des Gesichts. Herr NÉLATON stellt zwei Patienten vor mit über das ganze Gesicht verbreitetem Lupus. Alle therapeutischen Maßnahmen waren erfolglos geblieben. Erst nach energischer Auskratzung in der Chloroformnarkose in dem einen, nach gründlicher Galvanokauterisation in dem anderen Falle trat merkliche Besserung ein.

Herr BROCC ist auch der Ansicht, daß solche schwere Lupusfälle chirurgisch behandelt werden müssen, wie dies für die Extremitäten und den Rumpf stets zu geschehen pflegt,

Herr DU CASTEL macht auf die Entstehung entstellender Keloide nach der Kauterisation aufmerksam. Auch bei dem einen der beiden Patienten von NÉLATON kam es zur Entwicklung von solchen.

Fall von Telangiektasien in multiplen Plaques, Herr BROCC. Die 59jährige Patientin hatte mit 21 Jahren Syphilis durchgemacht. Einige Monate nach der Menopause traten, zuerst am linken Unterschenkel und hierauf am Oberschenkel, lebhaft rote Flecke auf, die zunächst nur ganz langsam an Umfang zunahmen. Erst als die Patientin im Alter von 50 Jahren von einer schweren Influenza mit Pleuropneumonie befallen wurde, wurden die Flecke zahlreicher, so daß sich zur Zeit der Vorstellung auf beiden Beinen eine ganze Menge derselben zeigten; ihre Farbe

variiert vom bläulich bis lebhaft Roten. Die meisten verschwinden bei Fingerdruck und besonders beim Auseinanderziehen der Gewebe; andere jedoch behalten eine gelbliche Färbung. Alle bestehen aus ganz feinen Telangiektasien, ragen über das umgebende Hautniveau nicht empor und liegen auch nicht unter demselben. Die meisten haben eine ovale Form (die kleineren sind rundlich) und ziemlich scharfe Grenzen. Ihre Grösse wechselt von einem Stecknadelkopf bis zu einem 50-Centimes-Stück und darüber. Am zahlreichsten sind sie an der inneren mittleren Partie des rechten Oberschenkels, und im ganzen sind deren circa 400 auf beiden Beinen vorhanden. Einige tragen auf ihrer Oberfläche ein oder mehrere weissliche, meist rundliche, stecknadelkopfgroße, narbenartige Flecke und ausserdem kleienartige Abschuppung. Die Cutis im Bereiche der Flecke ist überall geschmeidig und von normaler Beschaffenheit. Die Desquamation zeigt stellenweise das Aussehen perlmutterartiger, durchsichtiger Lamellen an, welche den Flecken wie Oblaten anhaften. Gegen die mittlere Partie der Innenfläche des rechten Unterschenkels, der im ganzen ein höckeriges Aussehen zeigt, befindet sich ein rosaroter, querverlaufender Tumor, der einer syphilitischen Läsion ähnlich sieht; weiter nach hinten, an den Waden, sind zwei weitere aber kleinere solcher Exkreszenzen sichtbar. Die Patientin ist sehr reizbar und bereits wegen verschiedener Störungen des Nervensystems behandelt worden.

Herr Brocq hat in der Litteratur nur noch sieben weitere Fälle derartiger verbreiteter Telangiektasien ausfindig machen können. Hervorzuheben sind bei der Patientin die vorangegangene Syphilis (welche in zwei anderen Fällen konstatiert wurde), das Vorhandensein der weissen, narbenartigen Flecke und die Desquamation. Diese Erscheinungen sprechen für das Fortbestehen eines entzündlichen Prozesses und für den Umstand, dass es sich nicht blofs um einfache neurovaskuläre Störungen handelt.

Die Tuberkulide. Seitdem Herr HALLOPEAU am letzten Londoner Kongresse auf die Beziehungen einer ganzen Reihe von Hautaffektionen bei Tuberkulösen oder tuberkulös beanlagten Individuen hingewiesen hatte und nachdem Herr DARIER der Frage einen bestimmteren Charakter gegeben, indem er die ganze Gruppe dieser Läsionen als Tuberkulide bezeichnete, wurden in jeder neuen Sitzung weitere Fälle mitgeteilt. Gegenwärtig lassen sich in dieser Frage folgende zwei Punkte festsetzen:

1. Ohne Zweifel bestehen Hautaffektionen von verschiedenem Aussehen, die öfters auf einem besonders geeigneten Boden, d. h. bei Skrophulo-Tuberkulose entstehen.

2. Verdienen nun diese Läsionen die Bezeichnung Tuberkulide? Hierin teilen sich die Ansichten der Gesellschaftsmitglieder, indem einige der Meinung sind, dass mit dieser Benennung notwendig der Begriff der tuberkulösen Natur des Leidens verbunden sei, während dies durch die experimentelle Untersuchung noch keineswegs festgestellt worden.

Herr DU CASTEL stellt eine junge Frau vor mit **Lupus erythematosus**, der sich besonders auszeichnet durch die Anwesenheit psoriasisartiger Schuppen auf den Lupusplaques und durch das gleichzeitige Auftreten kleiner papulöser Elemente, die zur Kategorie der Tuberkulide gehören. Bei der noch immer unentschiedenen Frage über die Natur des Lupus erythematosus erweist sich deshalb das Zusammentreffen der beiden Läsionen als sehr interessant.

Herren HALLOPEAU und BUREAU: **Über einen Fall von akneartigen und nekrotischen Tuberkuliden.** Derselbe zeigt große Verwandtschaft zu den als Folliklis beschriebenen und von DARIER und anderen Autoren mit der Tuberkulose in Beziehung gebrachten Fällen. Das charakteristische Merkmal der Effloreszenzen

ist die kleine zentrale Pustel, an deren Stelle rasch eine kraterförmige Vertiefung tritt. Später entsteht eine Narbe mit scharf gezeichneten Rändern. Diese Elemente sind über Rumpf und Extremitäten verbreitet, meist isoliert, zuweilen aber auch zu Gruppen vereinigt und einem Lupus verrucosus ähnlich sehend. Von dem letzteren unterscheidet sich aber die Affektion dadurch, daß die einzelnen Elemente an ihrer zentralen Pustel oder Narbe leicht erkenntlich sind. Wie gewöhnlich in solchen Fällen, leidet der Patient an tuberkulöser Adenitis. Von den als Folliklis beschriebenen unterscheidet sich der Fall durch den oberflächlicheren Sitz der Initialeffloreszenzen. Die histologische und bakteriologische Untersuchung wird später gemacht werden.

Herr THIBIERGE stellt einen Fall von **disseminierter Follikulitis mit Lymphdrüsentuberkulose** vor. Derselbe gehört zu jener Gruppe von Affektionen, welche bald als disseminierte Follikulitiden, Folliklis oder eiterige Hydradenitiden bezeichnet wurden und welche DARIER wegen ihres häufigen Vorkommens bei tuberkulösen Individuen Tuberkulide nannte. In dem vorliegenden Fall besteht die Eruption aus kleinen festen, in der Tiefe der Haut steckenden Knötchen mit zentraler Pustel, die zu einer sehr feinen Narbe führt. Befallen sind die Hände, Ellenbogen und Ohren; an letzterer Stelle besteht die Affektion schon jahrelang, an den Händen aber nur seit einigen Monaten und sind erst nach dem Auftreten der cervikalen und axillären Lymphdrüenschwellungen entstanden. Außerdem bestehen lokale Asphyxien der Extremitäten. Der Patient ist ein alter Syphilitiker, der wiederholt mit Jodkalium behandelt worden ist.

Herr BROcq zeigt einen **Fall von sogen. Tuberkuliden** bei einer 21jährigen Patientin. Vor circa sechs Monaten traten bei ihr auf der Haut des Rumpfes eine Anzahl kleiner Pusteln auf, welche spontan verschwanden. Vor sechs Wochen zeigte sich ein neuer Schub einer papulo-pustulösen Eruption, deren Elemente auf roter entzündeter Basis standen. Nach Platzen der Pustel blieb eine feine Öffnung zurück, die sich mit einer kleinen Borke ausfüllt. Auf dem Kopfe vereinigen sich die Effloreszenzen stellenweise zu Plaques, welche wie im Lupus erythematosus aussehen. Außerdem waren befallen: die Jochbeingegegend, die beiden Ohrläppchen, die Ellenbogen, die Hände und der untere Teil der Unterschenkel. Seit circa sechs Monaten ist das Mädchen stark abgemagert, zeigt am Halse Lymphdrüenschwellungen, ferner lokale Asphyxien der Extremitäten, Frostbeulen, Keratosis pilaris und Angiokeratomelemente in ihrer ersten Entwicklungsperiode. Therapeutisch wurden angewendet Karbolsäure, China und Digitalis, worauf die Eruption rasch verschwand. Der Verlauf der Affektion und das Zusammentreffen der verschiedenen Erscheinungen liefert eine neue Stütze zur Theorie der Tuberkulide, welcher Brocq auch beistimmt. Trotzdem bleibt es schwer anzunehmen, daß alle Läsionen, die man bei tuberkulösen Individuen, speziell bei unserer Patientin, antrifft, direkt auf die Tuberkulose zurückzuführen sind. Es läßt sich nämlich wohl auch annehmen, daß auf einem für die Entwicklung der Tuberkelbacillen und ihrer Toxine günstigen Boden auch andere schädliche und virulente Stoffe vorteilhafte Bedingungen zu ihrer Ausbildung finden. Es dürfte deshalb wohl angezeigt sein, mit der definitiven Annahme der Bezeichnung Tuberkulide für diese Läsionen noch zu warten, bis wir über sichere Beweise verfügen.

Herr DARIER ist auch dieser letzteren Ansicht, doch begrüßt er den Versuch der betreffenden Autoren, alle diese Läsionen in nähere Beziehung zu einander gebracht zu haben, weil sie eben auf einem gemeinschaftlichen Boden entstehen. Da nun dieser Boden meist tuberkulös ist, resp. da die betreffenden Patienten stets mit irgend einer tuberkulösen Affektion behaftet sind, so erscheint der Ausdruck Tuberkulide vorläufig als völlig gerechtfertigt.

Herr BARTHÉLEMY meint, daß man bezüglich der Natur der beschriebenen Eruptionen gewisse Unterschiede machen müsse. Als er nämlich vor mehreren Jahren in der Gesellschaft seine Arbeiten über Folliklis und Aknitis vortrug, welche Affektionen jetzt zum Teil den Tuberkuliden beigezählt werden, hat er nachdrücklich auf ihre Unterschiede hingewiesen. Die Folliklis, ein wahres Tuberkulid, besteht aus lokalisierten, nicht über den ganzen Körper verbreiteten Läsionen von sehr langer Dauer; sie zeigen sich stets bei tuberkulösen Individuen. Die Aknitis hingegen ist von der Tuberkulose unabhängig und bildet eine über den ganzen Körper verbreitete Eruption von raschem Verlauf und weist keinen Zusammenhang auf mit Skrophulotuberkulose.

Herr HALLOPEAU hat vor zwei Jahren einen dem Brocqschen analogen Fall von Lupus erythematosus beobachtet, der von zahlreichen anderen Veränderungen, unter anderen von „Lichen scrophulosorum“ begleitet war. Das rasche Verschwinden der Eruption, wie dies öfters bei dieser letzteren Affektion vorkommt, spricht keineswegs gegen Tuberkulose, da es sich nicht um Läsionen handelt, welche direkt vom Kochschen Bacillus, sondern von dessen Toxinen erzeugt werden; es sind somit Toxidermien.

Herr GALOZOWSKI bemerkt bezüglich der Augenpathologie, daß es syphilitische Augenaaffektionen giebt, die irrtümlicherweise mit skrophulösen Läsionen verwechselt worden sind, und andererseits bei Tuberkulösen solche, die sich höchst wahrscheinlich wie die Hauttuberkulide entwickeln, deren tuberkulöse Natur jedoch nicht sicher festgestellt werden kann.

Herren HALLOPEAU und BUREAU: **Über einen Fall von bandförmiger Pseudo-alopecie.** Das Band geht aus vom mittleren Teile der hinteren Partie des Haarbodens, zieht dann nach oben und vorn gegen den rechten Rand desselben; es ist ca. 8 cm lang und 1 cm breit. Die Haut ist an der befallenen Partie weißlich und die Cutis erscheint verdickt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine trophoneurotische Alopecie. An den Haaren läßt sich zum Unterschiede von der wahren Alopecie nichts nachweisen.

Über einen Fall von Mykosis von besonderem Aussehen mit Prurigo, Herren HALLOPEAU und BUREAU. Die Eruption besteht aus breiten Plaques, die nur von schmalen Zwischenräumen gesunder Haut getrennt sind. Ihre Farbe ist blafsrot, sie sind über das Hautniveau erhaben, zeigen keine Schuppen, sehr unregelmäßige und scharfe Konturen; die Haut erscheint wie ödematös. Das Gesicht zeigt ein eigentümliches Aussehen und erinnert an gewisse Formen von akutem Lupus erythematosus. Das sehr intensive Jucken führt zu zahlreichen pruriginösen Eruptionen, einer äußerst seltenen Erscheinung bei der Mykosis. Das Allgemeinbefinden ist relativ gut erhalten.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Wallisellen.)

The British medical Association.

64. Jahresversammlung, abgehalten vom 28.—31. Juli 1896 zu Carlisle.

J. CRAWFORD: **Die Behandlung der tuberkulösen Drüsen am Halse.** (*The Brit. med. Journ.* 12. September 1896.) Vom Jahre 1873—1892 hat Verfasser folgende Methode bei der Behandlung tuberkulöser Drüsen geübt. Die Drüsen wurden durch Kataplasmen erweicht, dann incidiert, der Inhalt wurde nach Kräften ausgedrückt, mit dem scharfen Löffel die krankhaften Gewebe herausgeholt, sodann die Höhle mit in Chlorzinklösung oder in Jodoformglycerin getauchter Watte ausgestopft und ver-

bunden. Nach drei Tagen frische Gaze eingelegt. Wenn die Drüse sich nur langsam erweicht, so hat Verfasser 5 Tropfen Jodtinktur in das Innere eingespritzt oder ein kleines Blasenpflaster auf die Schwellung appliziert, worauf der Erweichungsprozess beschleunigt wurde.

Vom Jahre 1892 an hat Verfasser, wo es nur irgend anging, die erkrankten Drüsen vollständig excidiert, jedoch bei den Cervikaldrüsen die Erfahrung gemacht, daß nach Entfernung der vergrößerten Drüsen an der einen Stelle Schwellung einer Drüse an einer anderen Stelle auftrat, weshalb er hier zu seiner alten wohlbewährten Methode zurückgekehrt ist.

H. J. STILES-Edinburgh hält es für gefährlich, unterschiedslos in allen Fällen von tuberkulösen Halsdrüsen die operative Entfernung derselben vorzunehmen. Man müsse sich vorher vergewissern, ob es sich bei der Drüsenanschwellung hauptsächlich um eine entzündliche Hyperplasie mit geringer Verkäsung handle, oder ob die Drüse bereits mehr oder weniger verkäst oder eine eiterige Schmelzung eingegangen sei. Im letzteren Falle wäre die Excision ein Fehler.

Verfasser beobachtet bei verkästen oder erweichten Drüsenabscessen folgendes Verfahren: 1. Incision; 2. gründliche Auslöffeling mit dem Volkmannschen Löffel; 3. Applikation reiner, flüssiger Karbolsäure an die Wände der Abscesshöhle; 4. Ausstopfen mit wollenem Garn, das mit Jodoform versetzt ist.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder spricht sich gegen die radikale Excision der tuberkulösen Drüsen namentlich bei Kindern aus und plädiert mehr für Erweichung, Excision und gründliche antiseptische Reinigung derselben.

H. SNOW: **Opium und Kokain bei der Behandlung von Krebs.** (*The Brit. med. Journ.* 19. September 1896.) Vortragender hat in einer Reihe von Fällen mit obigen Mitteln zwar keine Heilung der malignen Geschwülste, wohl aber Besserung und zeitweilige Rückbildung erzielt und damit das Leben der Patienten nicht selten um Jahre verlängert. Unter den beschriebenen Fällen handelt es sich im ersten um einen recidivierenden Scirrhus der Mamma. Rückbildung unter Morphinbehandlung. Die Patientin lebte noch 6½ Jahre nach der Operation.

Fall 2. Recidivierender Scirrhus der Mamma. Infizierung des Rückenmarks. Fünf Jahre Immunität unter Opiumbehandlung.

Fall 3. Ulcerierter Brustkrebs von 16jähriger Dauer. Vernarbung des Geschwürs. Kein Fortschreiten innerhalb von 4½ Jahren.

Fall 6. Weit vorgeschrittenes Epitheliom des Mundes. Der 59jährige Patient erhielt zuerst ¼ Gran Morphin zweimal täglich und 1 Gran Kokain einmal. Bald wurde Kokain zweimal, dann dreimal täglich und ¾ Gran Morphin pro Tag gegeben. Unter dieser Behandlung wurde die Wunde in der Mundhöhle kleiner und vernarbte schließlich ganz. Das Allgemeinbefinden des Patienten hat sich bedeutend gebessert. Schmerzen, Salivation, üble Sekretion haben aufgehört. Weder Ulceration, noch Erweichung von Drüsen ist wahrzunehmen. Der gesamte Krankheitsprozess ist offenbar zum Stillstehen gebracht.

TH. SAVILL-London spricht über: **Die Pathologie des Pruritus und seine Behandlung mit großen Dosen von Chlorcalcium.** In ätiologischer Beziehung ist der Pruritus einzuteilen in primären und sekundären Pruritus. Der letztere entspricht dem Jucken, welches mehr oder weniger die Mehrzahl der Hautkrankheiten begleitet und sich häufig auf die affizierte Hautstelle beschränkt. Man erklärt es damit, daß die Nervenendigungen des befallenen Hautbezirks in Mitleidenschaft gezogen sind und mit jenen gleichzeitig die sensiblen Nervenfasern. Die Reizung der letzteren rufe Jucken hervor.

Was den primären resp. idiopathischen Pruritus betrifft, so ist die wirkliche Ursache in einer Blutveränderung zu suchen. Diese Ansicht basiert auf folgenden Thatsachen: 1. die Nervenendigungen und Nervenfibrillen sind immer in Lymphe gebadet; 2. der primäre Pruritus ist stets diffus; 3. er hat die Neigung periodisch und in Paroxysmen, zuweilen in täglichen Attacken nach den Mahlzeiten aufzutreten; 4. er wird oft hervorgerufen oder verschlimmert durch gewisse Nahrungsmittel, deren Wirkung nicht anders zu erklären, als dafs das schädliche Agens seinen Weg durch's Blut nimmt; 5. beim Pruritus der Gelbsucht, des Diabetes, der Gicht etc. besteht bekanntlich eine Blutalteration; 6. gewisse Arzneimittel, welche, wie Morphinum, in grofsen Dosen subkutan direkt in die Lymphe eingespritzt werden, verursachen allgemeinen Pruritus; 7. die Heilmittel, welche bisher als wirksam gegen den primären Pruritus befunden worden sind, sind hauptsächlich solche, welche einen sedativen Effekt auf die Nerven oder sonst einen direkten Einflufs auf das Blut ausüben, so die von HEBRA empfohlene Karbolsäure; 8. Calciumchloride haben eine bedeutende Wirkung auf das Blut, indem sie dessen Koagulationsfähigkeit erhöhen.

Die Natur der Blutveränderung jedoch festzustellen ist bis zum heutigen Tage nicht gelungen.

Über die Inkubationsperiode der Varicellen referieren GOODALL und WASHBOURN. Es werden 9 Fälle kurz beschrieben, aus denen sich folgendes ergibt: 1. die Inkubationsperiode der Varicellen ist variabel; 2. sie ist niemals kürzer als 12 Tage; 3. sie kann bis 19 Tage dauern und ist meistens länger als 14 Tage.

C. Berliner-Aachen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Juli 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* August 1896.)

Dr. C. Fox stellt zwei Schwestern im Alter von 39 bzw. 37 Jahren vor, die eine eigentümliche Phase des **Lupus erythematosus** aufweisen. Bei der älteren begann der Ausschlag vor 10 Jahren in der Mitte der Wange mit einer kongestiven Schwellung von der Gröfse eines Fünzigpfennigstückes. Die Schwellung reichte tief in die Haut hinein und war besät mit kleinen Knötchen, so dafs Vortragender der Meinung war, es handle sich um **Lupus vulgaris**. Nach einiger Zeit wurde von der Innenseite der Wange das Gewächs operativ entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab kein bestimmtes Resultat. Mehrere Jahre später entwickelte sich auf der anderen Wange ein ähnliches Gewächs, das nach und nach gröfsere Teile der Wange ergriffen hat. Dieselben sind livid verfärbt und infiltriert. Daneben sieht man einige livide, geschwollene, mit Knötchen versehene Stellen, die an **Lupus vulgaris** erinnern. Narbenbildung ist nirgends vorhanden. Die jüngere Schwester zeigt seit zwei Jahren auf der einen Wange ähnliche Veränderungen, wie die oben beschriebenen.

Dr. J. HUTCHINSON JUN. stellt einen Fall mit schleichender **Phagedaena des Penis bei einem tertiär-syphilitischen Patienten** vor. Mehr als die Hälfte des Penis ist trotz der Behandlung innerhalb von 5 Monaten durch Ulceration weggefressen. Der 25jährige Patient hat vor fünf Jahren Syphilis erworben und hatte in der letzten Zeit ein gummöses Geschwür am rechten Oberschenkel, das im Abheilen begriffen war, als das Penisgeschwür sich entwickelte. Die mikroskopische Untersuchung des dem Penisgeschwür entnommenen weißlich-gelben Schorfes ergab einen an Gumma erinnernden Befund. Weder Merkur noch Jodkalium hatten einen nennenswerten

Effekt, nur protrahierte, warme Bäder und zwei gründliche Kauterisationen in Äthernarkose brachten den Zerstörungsprozess zum Stillstand.

Dr. M. MORRIS demonstriert 1. einen 32jährigen Mann, der an **Purpura rheumatica** leidet. Am 30. Juni erkrankte er mit heftigen Schmerzen in beiden Knien, Knöcheln, Ellenbogen und Handgelenken und fühlte sich auch allgemein unwohl. Die Schmerzen dauerten bis zum 4. Juli, wo alle Gelenke geschwollen waren. Am Abende desselben Tages bemerkte der Patient zwei rote Flecke an seinem linken Bein. Am folgenden Morgen waren beide Beine bedeckt mit rötlichen Flecken, insbesondere waren die Kniegelenke befallen. Weniger stark waren die Arme ergriffen. Am 6. Juli sah der Vortragende den Patienten zum ersten Male. Der Ausschlag an den Unterschenkeln erschien beim ersten Anblick erythematös zu sein, aber die Flecken verschwanden nicht auf Druck. Sie waren alle purpurfarben, wenn auch in der Intensität verschieden. Außerdem sah man kleine Bläschen auf den größeren Flecken. Die Gelenkschmerzen waren geringer geworden. Nach einiger Zeit hatte der Patient einen heftigen Anfall von Hämatemesis.

2. Ein **Kind mit einem ungewöhnlichen syphilitischen Ausschlage**. Dasselbe war am 28. März geboren, am 11. Mai geimpft worden. Am 20. Mai brach der Ausschlag zuerst an den Vorderarmen und Beinen aus. Eine Woche später waren Arme, Vorderarme, Gesäß und Beine der Sitz von zirkulären, schwach erhabenen, bräunlich-roten Stellen mit schlappen Blasen im Zentrum einer jeden. Das Kind hatte Stockschnupfen, aber weder Geschwüre am Anus noch im Munde. Die Mutter war vor vier Jahren wegen Syphilis behandelt worden und hatte seitdem einen Abortus, ein siebenmonatliches Kind, das gleich nach der Geburt starb.

Dr. PAYNE stellte eine Frau mit einem seit zehn Tagen bestehenden **Blasen-ausschlag** vor. Die Blasen sind verschieden groß, auf nicht entzündeter Haut entstanden und befinden sich vorwiegend an Hals, Stamm und Armen; einige derselben sind purulent geworden, aufgebrochen, zu Krusten eingetrocknet und ohne Ulceration verschwunden. Die Kopfhaut war früher bedeckt mit eiterigen, nässenden Krusten. Das Allgemeinbefinden der Patientin war anfangs nicht gestört, Jucken besteht nicht. Die Anamnese ergibt keine Anhaltspunkte für eine Verletzung oder eine Infektion irgend welcher Art. Die Patientin nimmt als Ursache heftigen Schreck infolge eines Familienunglücks an. Im weiteren Verlaufe ist der Ausschlag universell geworden; die Temperatur ist gestiegen; das Allgemeinbefinden hat eine wesentliche Störung erfahren. Während anfangs die Diagnose zweifelhaft sein konnte, ist dieselbe angesichts der typischen Pemphigusblasen jetzt gesichert.

Dr. F. PENROSE zeigt eine 56jährige Frau mit bemerkenswerter **Elephantiasis**. Wie die Patientin angibt, hat sie seit ihrer Geburt Elephantiasis der oberen und unteren Extremitäten gehabt. Von Interesse ist hierbei die Erzählung der Patientin, daß ihre Mutter, als sie mit ihr schwanger ging, von einem Elephanten einer Menagerie beinahe niedergetreten wurde.

Dr. PRINGLE stellt 1. einen **Fall zur Diagnose** vor. Die 18jährige Patientin litt vor drei Jahren an einem ekzematösen Zustande der Fingerspitzen, dem an anderen Körperstellen Efflorescenzen nachfolgten, welche als Psoriasis diagnostiziert wurden. Im April 1896 zeigte die Patientin eine tiefbraune Pigmentation und universelle kleinförmige Desquamation des Stammes und der Extremitäten mit Pityriasis capitis, daneben hatte sie kalte, kontrahierte, wachsbleiche Hände (Sklerodaktylie) ohne ein Zeichen von Sklerodermia an irgend einer anderen Stelle. An der Dorsalfäche der Endphalangen aller Finger und einzelner Zehen sah man einige Epidermiskegel,

die auf eine Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE schliessen lassen, zumal das sehr rapide Wachsen der Nägel diese Idee bestärkte. — Redner glaubt, daß die Mehrzahl der beschriebenen Symptome das Resultat eines lange fortgesetzten Gebrauchs von Arsenik wären.

2. Eine 25jährige, ledige Person mit **Sklerodermie** der Hände, Vorderarme und des Gesichts. Der Zustand der Hände ist dem des vorigen Falles ähnlich, befindet sich aber in einem weiter vorgeschrittenen Stadium. Alle Fingerspitzen zeigen beginnende Gangrän. Die Patientin leidet auch an paroxysmalen Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit, aber ohne Hämoglobinurie. Von Interesse in dem vorliegenden Falle ist, daß dem sklerodermischen Zustande des Gesichts eine fledermausflügelartige Röte voranging, die zwei Jahre gedauert und vom Vortragenden als *Lupus erythematosus* diagnostiziert worden ist, die aber später das jetzige charakteristische sklerodermische Aussehen angenommen hat.

3. Einen 37jährigen Heizer mit einer ausgedehnten, sehr intensiven **Purpura**, die zuerst an den Zehen begonnen und sich nach oben auf die Füße, Unter-, Oberschenkel, Gesäß, Abdomen und Arme fortgesetzt hat. Der Ausschlag besteht hauptsächlich aus prominierenden hämorrhagischen Papeln, welche vielfach mit den Schweiss- und Talgdrüsenmündungen zusammenfallen. („Lichen lividus.“) Die Ätiologie konnte nicht genügend klargestellt werden. Weder liegt Syphilis, noch Hämophilie, noch Herzfehler, noch Skorbut vor.

4. Einen 14jährigen Knaben mit einem typischen, seit zwei Jahren bestehenden **Lupus erythematosus**, der zuerst auf der Nase begonnen, dann beide Wangen vollständig und die Ohren ergriffen hat. Im letzten Sommer soll er für einige Wochen spontan verschwunden gewesen sein. Der Vater des Patienten ist an Phthisis gestorben, der Knabe selbst zeigt verschiedene Narben von überstandenen skrophulösen Geschwüren am Halse und eine Anzahl vergrößerter Drüsen. Auf eine Tuberkulininjektion reagierte er sehr stark allgemein, lokal schien die Röte der befallenen Stellen intensiver, die Desquamation stärker zu werden, als sie es vor der Injektion gewesen ist.

5. Einen 18jährigen, kräftigen Arbeiter mit einem **kongenitalen, warzigen Streifen-Nävus**.

6. Eine 44jährige Frau, welche an typischem **Lichen planus** an den Beinen, Oberschenkeln, Handgelenken und am Halse gelitten hatte, bei der nur am rechten Bein und Oberschenkel, wo die Venen varikös waren, einige Efflorescenzen verblieben sind. Am Bein sieht man eine runde hypertrophische Plaque, die im Zentrum einen guldenstückgroßen Bezirk völlig gesunder Haut zeigt. Die Seltenheit dieser Art des Verschwindens des Lichen planus wird von den anwesenden Mitgliedern anerkannt.

Dr. R. CROCKER demonstriert ein 23jähriges **Mädchen mit einem chronischen, recidivierenden, erythematos-bullösen Ausschlage**, der seit nahezu zwanzig Jahren besteht, bald schlimmer, bald besser ist. Er beginnt mit einem roten Fleck, dann erscheint ein Bläschen oder eine Blase mit einem klaren oder halbdurchscheinenden Inhalt, der entleert, ein Geschwür zurückläßt, welches in zwei bis drei Wochen mit Hinterlassung einer zuerst pigmentierten, dann weissen, etwas vertieften Narbe abheilt. Die Efflorescenzen sind mit Schmerzen, aber nicht mit Jucken verbunden, erscheinen einzeln oder vier bis fünf gleichzeitig, bald hier, bald dort. Weder Wetter, noch Nahrung oder das Allgemeinbefinden beeinflusst sie. Arsenik, Salicyl und andere Medikamente sind ohne merklichen Erfolg geblieben.

Keines der anwesenden Mitglieder vermag eine bestimmte Diagnose zu stellen. (HUTCHINSONS Sommereruption oder Eruptio aestivalis bullosa? Ref.)

C. Berliner-Aachen.

**Aus der Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und Hygiene
an der Universität Charkow.**

Sitzung vom 9. Oktober 1896.

M. M. TINZEW: **Sarcoma idiopathicum pigmentosum (haemorrhagicum) multiplex cutis (KAPOSI).** Nach kurzem Überblick über die Litteratur besprach Vortragender seinen Fall.

X. hatte im März 1893 bei schlechter Witterung einige Stunden bis zur völligen Erstarrung der Füße im Wasser zubringen müssen. Anfangs verspürte er geringes Unwohlsein, dann trat Ödem der Füße auf, ferner erschienen an den ödematösen Stellen blaurote Flecke, dann dunkelblaue Knoten, die konfluerten und sich vergrößerten. Es kam zur vollkommenen Geschwulst um das Fußgelenk in Form einzelner großer warzenförmiger Knoten. Die Epidermis ist verdickt; nach Entfernung derselben manifestiert sich eine blafsblaurote, glatte Oberfläche. An den ödematösen Fußsohlen dunkelblaue Flecke, die auf Druck ablassen, neben dunkelblauen Knoten. Eben solche Knoten verschiedener Größe, bis zur Größe einer großen Nuss, doch in geringerer Anzahl, traten seit vorigem Winter am Unterschenkel auf. Diese sind ödematös und hart. An den Oberschenkeln und den oberen Extremitäten sind ebenfalls einige erbsengroße Knoten vorhanden. Auf der dorsalen Fläche der linken Hand dunkelrote Plaques 5 cm im Durchmesser. Am Knie vier kleine Knötchen. Der mittlere Teil des linken Ohres ist verdickt, von dunkelblauer Farbe mit drei kleinen Knötchen. Das rechte Augenlid ödematös. Seit einem Jahr ist Patient vollständig bettlägerig. Die Wirbelsäule ist in ihrem mittleren Drittel auf Druck schmerzempfindlich, desgleichen die 6—7 Interkostalräume. Der Raumsinn, Temperatur- und Tastsinn sind normal. Schmerzempfindung beträchtlich erhöht, die Reflexe, außer dem Kremasterreflex, desgleichen. Der Kranke ist sehr nervös, leidet an Kopfwel und Herzklopfen. Insufficiencia bicuspidalis. Rote Blutkörperchen 4 800 000. Mißbrauch in alcoholicis wird zugestanden. In der Jugend soll eine gleiche Erkrankung durchgemacht worden sein, die aber nicht stark ausgeprägt, vier Jahre gedauert hätte, aber spurlos vergangen wäre. Autor hält den vorgestellten Fall für *Sarcoma idiopathicum pigmentosum multiplex cutis KAPOSI*, wobei er auf Grund der begleitenden nervösen Erscheinungen und der regulären Verteilung der Knoten sich der Meinung SEMENOWS anschließt, der den Fall als eine paralytische Angioneurose bezeichnet. Der Vortrag wurde durch Vorzeigung des Patienten und der mikroskopischen Präparate vervollständigt.

In der Diskussion sprach Prof. BOGDANOW seine Ansicht dahin aus, daß auf Grund günstiger Einwirkung auf die Krankheit durch Erysipel sie durch einen besonderen Mikroorganismus hervorgerufen werde. Patient hatte in der Jugend Variola durchgemacht. B. spricht die Möglichkeit aus, daß daher vielleicht die hämorrhagische Eigentümlichkeit stamme.

Vortragender hält die Möglichkeit einer parasitären Ätiologie für zu wenig begründet. Was die Variolaerkrankung in der Jugend des Patienten betrifft, so wäre sie 3—4 Jahre vor der ersten Affektion gewesen und wohl kaum als begünstigendes Moment für dieselbe aufzufassen.

Prof. KULNITZKY weist auf die Menge der Lücken und Vacuolen in den mikroskopischen Präparaten hin, die vielleicht als Lymphlücken aufzufassen seien, worauf übrigens schon Prof. STUKOWENKOW auf Grund der Untersuchungen Prof. PAWLOWSKYs, wie Autor hinzufügt, hingewiesen hatte.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie an der Universität zu Moskau.

Sitzung vom 10. Mai 1896.

S. B. ORLOWSKY: Ein Fall von Gumma des Rückenmarkes (mit Demonstration der Präparate). Patient, 49 Jahre alt, wurde in die Moskauer Nerven-klinik am 21. September 1895 aufgenommen. Er stammt aus neuropathischer Familie; hatte mehrere infektiöse Krankheiten durchgemacht; Abusus in Baccho et Venere. 1887: Syphilisinfektion mit wenig deutlich ausgeprägten Erscheinungen. Behandlung konsequent. 1892: Gumma der Zunge, das der spezifischen Kur wich. Im Oktober 1894: Rechte Interkostalneuralgie, die nach einem Monat schwand. Im Februar 1895 wiederum neuralgische Schmerzen in der Seite, ferner Schwäche in den Füßen, speziell rechts, Anästhesie der Fußsohlen, sexuelle Impotenz. Im Sommer tritt Besserung ein. Am 17. August plötzliche Verschlimmerung, starke Schmerzen in der Seite, Parese der unteren Extremitäten und Beschwerden der Urinsekretion. Vom 17. September an verschlimmerte sich die Parese in den Beinen sehr bedeutend, das Gehen wurde unmöglich. Bei der Aufnahme in der Klinik bedeutendes Ödem beider Füße; vollständige Paralyse der rechten und deutliche Parese der linken unteren Extremität mit Spannung der Muskulatur. Krämpfe in den Füßen und besonders in den *Musc. obl. abdominis*, die sehr schmerzhaft sind. Die Muskeln der Füße lassen sich nicht durchfühlen, sie reagieren nur auf sehr starken Strom; bedeutende Erhöhung der Sehnenreflexe, Clonus; quälende Neuralgien in den sechs Interkostalräumen beiderseits. An den Füßen der Tastsinn etwas vermindert; am Rumpf von der 5.—10. Rippe bedeutende Hyperästhesie. Schmerzempfindung und Temperatursinn an der rechten unteren Extremität sehr herabgesetzt, an der linken ganz abwesend. Anästhesie des Rectums und der Urethra; *incontinentia urinae et faecium*, *impotentia sexualis*; *Obesitas*, Puls schwach. An den darauffolgenden Tagen vergrößerten sich die Ödeme, die Paralysen und die allgemeine Schwäche. 25. September: Puls arhythmisch, im Herzen Geräusche; am selben Tage beim Versuch einer Lageveränderung Ohnmacht und nach zehn Minuten nach Erscheinungen der Herzparalyse *Exitus letalis*.

Obduktion: Im Rückenmark, in der Gegend des 5.—8. Brustwirbels eine rosenkranzförmige feste Neubildung, die auch auf die Dura übergreifen, von der Dicke eines Fingers. Auf dem Querschnitt statt des Rückenmarks eine gelbliche, durchscheinende, hervorquellende Masse, die fest mit den Häuten verbunden ist. *Leptomeningitis spinalis*, Ödem des Rücken- und Hirnmarks; Fettherz; Degeneration der Herzmuskulatur. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Verdickung und Infiltration der weichen Hirnhäute an der Gehirnbasis; die Gefäßwände daselbst waren verdickt, stellenweise bis zum vollen Schwunde des Lumens. Dieselben Veränderungen lassen sich im *Pons Varoli*, *Medulla oblongata* nachweisen. Von den großen Hirngefäßen sind besonders lädiert die *Art. vertebr.*, deren äußere Wandung stark infiltriert erscheint, besonders um die *Vasa vasorum*; die *Media* ist fast unberührt, die *Intima* ist bedeutend, aber unregelmäßig hypertrophiert und besteht aus zartem Bindegewebe mit seltenen spindelförmigen Zellen. In den anderen großen Gefäßen dieselben Veränderungen, nur weniger ausgeprägt. Im Rückenmark in der Gegend der Hals- und der oberen Brustwirbel sind die *Pia* und *Arachnoidea* verdickt, verklebt und stark infiltriert, besonders um die Gefäße. Die letzteren sind affiziert, wobei die Venen mehr als die Arterien und die kleineren mehr als die größeren; je näher der Neubildung, desto stärker manifestiert sich die Affektion. Viele kleine Arterien sind ganz thrombosiert, bei vielen hat sich in der *Intima* eine neue *Intima* und *Adventitia* gebildet und ein neues Lumen. In den Venen ist überall das Lumen

erhalten. Viele Wurzeln sind atrophirt, in einigen lassen sich sehr verbreiterte Venen nachweisen. Die Neuralgie ist sehr vermehrt. Die graue Substanz hyperämisch mit sehr verbreiterten Kapillaren, die stellenweise gleichsam ein kavernöses Gewebe vorstellen. Viele Zellen sind atrophisch. In den GOLLschen Strängen geringe Degenerationerscheinungen. In der Höhe der 3.—4. Brustwirbel ist die Dura verdickt und verklebt mit den anderen Häuten. Beginnend vom oberen Rande der fünften Radix befinden sich im Rückenmark zwei Neubildungen mit allen Eigentümlichkeiten von Gummata. Die rechte, die sich bis zur sechsten Wurzel erstreckt, befindet sich in der Dura, dringt nicht in die Marksubstanzen, sondern bringt nur einen kleinen Eindruck auf dieselbe hervor. Die linke, größere (nufsgröfs) erstreckt sich bis zur achten Wurzel. Sie begann in der Marksubstanz selbst, vernichtete erst das linke vordere Viertel des Durchschnitts, dann die ganze vordere Hälfte und dann tiefer auch den linken Seitenstrang. Die untere Hälfte der Geschwulst berührt auch alle drei Häute, um sich an der untersten Grenze nur auf die Häute zu beschränken. Diese Geschwulst drückte bedeutend auf das unberührte Gewebe des Rückenmarkes. Unter den Gummata ist eine Verdickung und Infiltration der Häute zu konstatieren. Die Affektion der Gefäße geht bis auf die Cauda equina. Eine Degeneration ist weniger ausgesprochen. Gummata des Rückenmarkes und seiner Häute sind selten. Obgleich auch ca. zehn Fälle beschrieben sind, so hatte doch nur in 3—4 eine histologische Untersuchung stattgefunden, und auch dann nur ganz oberflächlich. Eine Ausnahme bildet die neueste Beobachtung von HANOT und MEURIER (April 1896). In ihrem Falle war ebenfalls ein doppeltes Gumma vorhanden mit den gleichen Veränderungen in den Gefäßen und von demselben Bau. Eine Diagnose dieser Gummata des Rückenmarkes intra vitam ist fast unmöglich.

An dem Falle des Vortragenden ist die Widerstandsfähigkeit des Rückenmarkes besonderer Beachtung wert. Ungeachtet des großen Umfanges der Neubildungen und der bedeutenden Veränderungen in den Gefäßen konnte Patient fast bis zum Tode gehen. Das schnelle Umsichgreifen der paralytischen Erscheinungen läßt sich wohl durch Thrombosierung einer größeren Arterie erklären, die Anämie des Rückenmarkes hervorgebracht hat. Die anatomische Diagnose ist zweifellos. Keine Tuberkulose, keine Quelle zu einer Blutvergiftung ist nachzuweisen, wodurch man vielleicht die Affektion der Blutgefäße hätte erklären können. Letztere ist für Syphilis charakteristisch, wobei man an den Gefäßen alle die Veränderungen konstatieren konnte, die frühere Autoren beschrieben haben, wie HEUBNER, LASSAR, LAMY etc.

An der Diskussion beteiligten sich L. S. MINOR, W. A. MURATOW, Prof. A. J. KOSHEWNIKOW.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Amerikanische Gesellschaft der Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten.

Sitzung vom 3. Juni 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* September 1896.)

Postkonzeptionelle Syphilis, von Dr. A. POST. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die verschiedenen Ansichten, welche zur Zeit über die Möglichkeit einer intrauterinen, syphilitischen Infektion herrschen, beschreibt Vortragender folgenden Fall, den er als postkonzeptionelle Syphilis ansieht. Die verheiratete Patientin menstruierte zum letzten Male am 7. April 1892. Am 15. November 1892, als sie sich im siebenten Monat der Schwangerschaft befand, kam sie in die Behandlung des Vortragenden. Bei der Untersuchung konstatierte derselbe Geschwüre an den Labien. Kurze Zeit vor ihrer Niederkunft am 7. Januar 1893 zeigte die Frau einen allgemeinen papulösen, zweifellos syphilitischen Ausschlag. Das Kind, das sie gebar, war bei der

Geburt frei von Symptomen der Syphilis, aber schon am Ende der ersten Lebenswoche war dasselbe am ganzen Körper von einem syphilitischen makulo-papulösen Ausschlag bedeckt, verlor rasch an Gewicht und Kraft, bekam Stockschnupfen und schrie unaufhörlich. Der Vater gestand ein, daß er während der Schwangerschaft seiner Frau sich bei einem anderen Weibe die Syphilis geholt und die Krankheit auf seine Frau übertragen habe.

Vortragender berichtet über drei andere Fälle, bei denen man angenommen hatte, daß die Syphilis des Kindes auf die Mutter während ihrer Schwangerschaft übertragen worden sei, wo jedoch der Vater erst nach der Konzeption seiner Frau die Krankheit erworben hatte.

Die Diskussion dreht sich wesentlich um die Frage, ob die Theorie, nach welcher die Placenta einen absoluten Filter darstellt und den Kontakt des syphilitischen Virus mit dem Foetus verhindert, nach derartigen vom Vortragenden mitgetheilten Beispielen noch aufrecht zu erhalten sei.

Zwei Fälle von urethralem Schanker mit ungewöhnlichen sekundären Symptomen beschreibt Dr. J. P. TUTTLE.

Der erste Fall betrifft einen Mann, der mit einem seit vier Wochen bestehenden schwachen Ausfluß aus der Harnröhre in die Behandlung des Vortragenden kam. Bei der Untersuchung fühlte man etwa $\frac{3}{4}$ Zoll entfernt vom Orificium externum eine Verhärtung der Urethralwand, die auf Druck etwas empfindlich war. Die Inspektion der vorderen Harnröhre ergiebt ein wohlbegrenztes Geschwür, das alle Charakteristika eines harten Schankers aufwies. Zehn Tage später klagte der Patient über allgemeines Unwohlsein, Hitze und einen Ausschlag, der typischen Masern sehr ähnlich sah. Befallen waren nur Stamm und obere Extremitäten. Rachensymptome waren nicht vorhanden. Später zeigten sich an beiden Tonsillen Plaques opalines. Unter einer spezifischen Behandlung verschwanden die Erscheinungen.

Der zweite Fall betraf einen 35jährigen Mann, der bei der ersten Besichtigung etwa $\frac{1}{2}$ Zoll vom Orificium entfernt einen typischen, harten, kraterförmigen Schanker zeigte. Derselbe nahm fast die halbe Circumferenz der Urethra ein. Die Inguinaldrüsen waren geschwollen und empfindlich. Um diese Zeit litt der Patient an Muskelschmerzen in den Armen, welche des Nachts so heftig wurden, daß Morphiuminjektionen notwendig waren, um die Schmerzen zu lindern. Einige Wochen darauf traten beim Patienten Schleimpapeln auf der linken Tonsille und ein makulöser Ausschlag am Stamm auf. Gleichzeitig erkrankte er an einer Endocarditis mit konsekutiver Meningitis und Periostitis, von deren Folgen er sich gegenwärtig noch nicht ganz erholt hat.

Vortragender ist im Zweifel, ob die letzteren Erscheinungen wirklich spezifischen Ursprunges, oder auf Rheumatismus oder irgend eine andere konstitutionelle Krankheit zurückzuführen seien.

C. Berliner-Aachen.

Zeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 37. Heft 3. 1896.

I. Klinische Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis (Schluß), von E. WELANDER, Stockholm. Die Schlüsse, welche der Verfasser aus seinen Untersuchungen zieht, sind etwa folgende:

1. Auch wenn eine minimale syphilitische Albuminurie beim ersten Ausbruch der Syphilis oder bei Recidiven derselben (sekundäres Stadium) vorkommen kann, geschieht dieses doch selten; sehr selten tritt bei diesen Gelegenheiten eine Albuminurie auf, die mit Salpetersäure nachweisbar ist; höchst zweifelhaft ist es, ob es eine wirkliche syphilitische parenchymatöse Nephritis giebt.

2. In einem späteren Stadium der Syphilis sieht man bisweilen interstitielle Nephritis unter solchen Verhältnissen auftreten, daß ein Kausalzusammenhang zwischen ihr und der syphilitischen Krankheit wahrscheinlich ist.

3. In einem späteren Stadium der Syphilis tritt ohne Fieber in einzelnen Fällen eine Nierenaffektion auf, bei welcher der Harn eine schmutzig braune Farbe zeigt, mehr oder weniger trübe ist, eine geringere Menge Albumin enthält und im Sediment verschiedene Cylinder (Blut- und Epithelcylinder) und eine bedeutende Menge Detritus hat; diese Nierenaffektion tritt gleichzeitig mit zerfallenden Gummata u. s. w. an anderen Körperteilen auf, vermindert sich und verschwindet bei spezifischer Behandlung im Einklang mit anderen tertiären Symptomen; sehr wahrscheinlich ist es, daß diese Nierenaffektion ihre Ursache in zerfallenden Gummata in den Nieren hat.

4. Die Quecksilberbehandlung vor allem, wenn sie kräftig ist, verursacht oft Cylindrurie, zuweilen auch Albuminurie, welche Leiden, gleichwie die Stomatitis, je nach der verschiedenen individuellen Disposition dafür, unter gelinderer oder schwererer Form auftreten. Harn ohne Cylinder und Eiweiß berechtigt ebensowenig wie völlig gesundes Zahnfleisch zu dem Schlusse, daß nur eine unbedeutende Menge Quecksilber absorbiert worden ist; nur durch Untersuchung des Harnes und der Fäces auf Hg können wir Kenntnis von der Größe der absorbierten Quecksilbermenge erhalten.

5. Durch die Quecksilberbehandlung verursachte Cylindrurie und Albuminurie sind ziemlich bald vorübergehend und lassen in der Regel keine Disposition für künftige Nierenaffektion zurück.

6. Ist eine Nephritis, namentlich eine bedeutende parenchymatöse oder interstitielle Nephritis vorhanden, dann ist Quecksilber mit Vorsicht und unter genauer Kontrolle des Zustandes der Nieren zu geben.

7. Bei einer Nephritis wird Quecksilber in großer Menge durch die Fäces, oft auch in großer Menge durch die Nieren, aber stets in minimaler Menge durch den Speichel eliminiert.

II. Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma, von DOHI aus Japan. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur beschreibt der Verfasser kurz die Krankengeschichte eines Falles aus Prof. KAPOSI'S Klinik. Das Material für die histologischen Untersuchungen bildeten abgetragene Rhinophympartien dieses Patienten und eines zweiten aus dem Institute des Herrn Prof. PALTAUF. Im folgenden werden die anatomischen Befunde sehr eingehend beschrieben.

Die hauptsächlichsten Veränderungen, die Verfasser beobachtet, betreffen die Gefäße, das Cutisgewebe und die Drüsen; sie sind teils vegetativer und nutritiver Natur, teils sind es entzündliche Prozesse akuten und chronischen Verlaufs. Die Blutgefäße sind erweitert, ihre Wände sehr häufig verdickt. Die Erweiterung dürfte auf eine Innervationsstörung, auf eine Angioneurose zurückzuführen sein und hat schließlich die Hypertrophie der Gefäßwand zur Folge. Neubildung von Gefäßen, wie sie HEBRA und andere Autoren gefunden haben, vermochte Verfasser nicht festzustellen. Die Erweiterung der Gefäße hat eine dauernde Hyperämie zur Folge, die ihrerseits wieder nutritive Störungen, wie stärkere Verhornung der Epidermis in Form von Schuppenbildung und Hypersekretion der Drüsen nach sich zieht. Mit der letzteren steht wiederum in ätiologischem Zusammenhange die Drüsenhypertrophie mit ihrer reichlichen Verhornung des Epithels der Ausführungsgänge. Die Drüsen-

hypertrophie kann sehr mächtig werden und zu tumorartigen Bildungen führen, die jedoch keine Adenome im pathologisch-anatomischen Sinne sind.

Die entzündlichen Prozesse spielen sich teils in den erweiterten Drüsengängen und in den Drüsen, teils in ihrer Umgebung ab und haben viele Ähnlichkeit mit denjenigen bei der gewöhnlichen Akne, bei der *Acne hypertrophica* und der *Acne pustulosa*. Auch beim Rhinophym dürfte wahrscheinlich der Inhalt der erweiterten Drüsengänge und der Follikel den entzündlichen Reiz abgeben. Ob derselbe chemischer Natur — Zersetzung des retinierten Fettes — oder bakteritischen Ursprunges ist, liefs sich nicht mit Bestimmtheit nachweisen. Die Befunde des Verfassers beim Rhinophym decken sich vielfach mit denen UNNAS bei *Acne pustulosa*. Aus denselben geht hervor, dafs das Rhinophym einen Komplex von Prozessen darbietet, wie sie teils der *Acne rosacea*, teils der *Acne vulgaris* zukommen. Doch möchte Verfasser der letzteren bei der ganzen Krankheit keine wesentliche Bedeutung zuschreiben. Die histologischen Befunde des Verfassers stehen mit der von KAPOSI vertretenen Anschauung im Einklange, nach welcher es sich beim Rhinophym an erster Stelle um eine Angioneurose (vegetative Störung) mit den daraus hervorgehenden Ernährungsstörungen handelt, welche sich durch Hypersekretion und atypische Degeneration der Sekrete (verschiedenfettige und keratinöse Umwandlung der Zellen), weiter in Hypersekretion und Hypertrophie der Talgdrüsen, in Zunahme des Bindegewebes durch Induration, in chronischem Ödem und endlich auch in Neubildungen offenbaren.

III. Über multiple subkutane Gummen im Frühstadium der Syphilis nebst Mitteilungen über den diagnostischen Wert des miliaren Tuberkels von KARL HERXHEIMER, Frankfurt a. M. Der vom Verfasser ausführlich beschriebene Fall betrifft einen kräftigen, hereditär nicht belasteten Mann, der sich syphilitisch infizierte, und bei dem die Syphilis schon in ihrem Frühstadium sehr intensiv und extensiv auftrat. Nach 22 Injektionen von Hg salicylicum à 0,1 verschwanden die auffallend grofsen Papeln, während die Drüsenschwellung noch fortbestand. Etwa zwei Monate später zeigten sich an den Beugeflächen der Extremitäten eigentümliche harte, subkutane Knoten in gröfserer Zahl. Die histologische Untersuchung eines frischen Knotens ergab echt miliare Tuberkelstruktur. Dieselbe verschwindet auf Arsenik innerhalb zweier Monate. Die Untersuchung der inneren Organe, sowie des Blutes ergab während des Bestehens der Tumoren keinen abnormen Befund. Nach mehreren ziemlich rasch aufeinander folgenden Recidiven sekundärer Erscheinungen und darnach eingeleiteten antiluitischen Kuren (zuletzt mit gutem Erfolge Jodkalium) blieb der Patient gesund.

Der Verfasser untersucht im folgenden sehr eingehend unter Zuhülfenahme der einschlägigen Litteratur die Frage, welcher Art jene subkutanen, soliden Tumoren im Verlauf der Frühsyphilis gewesen sein mögen. Er gelangt unter Ausschluss aller anderen Annahmen zu der Absicht, dafs sie in Anbetracht der Thatsache, dafs sie bei einer zu Lues maligna neigenden Syphilisform aufgetreten sind, und dafs ihre Heilung auf Hg resp. die Nachwirkung desselben zurückgeführt werden mufs, als syphilitische Gummen aufzufassen sind. Die Frage, ob der „Tuberkel“ auch bei Syphilis vorkomme, beantwortet Verfasser, gestützt auf zahlreiche Belege aus der Litteratur, bejahend. Nicht nur der Tuberkelbacillus, sondern auch andere Gifte seien im stande, die Struktur des miliaren Tuberkels hervorzubringen. Aus diesem Grunde dürfe der Tuberkel nicht mehr allein entscheidend für Tuberkulose angesehen werden.

IV. Über Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten, von MAGNUS MÖLLER-Stockholm. Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von unlöslichen Quecksilberpräparaten hat bei unbestreitbaren Vorzügen eine Schattenseite, die bisher verhältnismäfsig wenig Beachtung gefunden hat, nämlich

dafs die Injektionen zuweilen Komplikationen von seiten der Lungen verursachen können. LESSER, WATRASZEWSKI, QUINCKE, LINDSTRÖM, OEDMANSSON, BLASCHKO sind die wenigen Autoren, welche in der sonst so umfangreichen Litteratur über die Injektionstherapie bei Syphilis diese Komplikationen in den Bereich ihrer Betrachtungen ziehen.

Verfasser hat sich mit dem Gegenstande eingehend beschäftigt. Bei seinen Untersuchungen ist er von folgenden Fragen ausgegangen:

1. Wie oft treffen Lungenaffektionen bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten ein?

2. Wie verhalten sich diese Lungenaffektionen klinisch?

3. Wie kommen sie zu stande? Beruhen sie auf Entstehung eines Embolus in den Verzweigungen der Lungenarterien? Und in diesem Falle, welche Rolle spielt das Quecksilberpräparat selbst, und welche das Suspensionsvehikel (Paraffin, Gummischleim)?

4. Kann eine Affektion der Lungen durch eine Änderung in der Injektionstechnik vermieden werden?

ad 1. Soweit es sich um die Praxis des Verfassers handelt, wurden in den Jahren 1891—96 an 315 Patienten 3835 Injektionen von essigsauerm Thymolquecksilber (1:10 Paraffin. liquid.) ausgeführt. Komplikationen seitens der Lungen traten 43 mal bei 28 Patienten ein. Bei 8 Patienten erfolgte die Komplikation 2 mal, bei 2 Patienten 3 mal und bei einem sogar 4 mal. Demnach hatte jede 89. Injektion eine Lungenaffektion im Gefolge. Von den Patienten wurden nahezu 9%, also etwa jeder elfte davon betroffen.

ad 2. In der Mehrzahl der Fälle, welche eine Komplikation durchmachten, stellte sich fast sofort, 2—10 Minuten nach der Injektion, Hustenreiz (namentlich bei tiefem Atmen) ein. In wenigen Fällen waren ein gewisses Angstgefühl und mehr oder weniger ausgeprägte Brustschmerzen das erste Symptom, das sofort nach der Injektion auftrat. In noch anderen Fällen traten erst $\frac{1}{2}$ —6 Stunden oder am folgenden Tage Störungen entweder seitens der Respirationsorgane (Stechen, Atemnot, Husten) oder im Allgemeinbefinden (Kopfschmerzen, Mattigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Ohnmachtsanfälle, Diarrhöen etc.) auf. Oft begannen die Symptome mit Schüttelfrost, gefolgt von Fieber. Am 2. Krankheitstage waren die Lungensymptome in der Regel die hervorstechendsten. Objektiv konnte in vielen Fällen nichts Abnormes nachgewiesen werden, in anderen wurde auf einem beschränkten Gebiete Knisterrasseln, zuweilen Reibegeräusch und ein kürzerer Perkussionston konstatiert. Diese Veränderungen steigerten sich oft während des 3. und 4. Tages, in leichteren Fällen gingen die Symptome schon nach dem 2. Tage zurück, und der ganze Verlauf war in weniger als einer Woche beendet. In einzelnen Fällen war der Schmerz im Thorax bei tieferer Inspiration noch mehrere Wochen lang fühlbar.

ad 3. Die Symptome sowohl wie der Verlauf — plötzlich auftretender Hustenreiz, blutiger Auswurf, die Begrenzung des Prozesses auf beschränkte Gebiete der unteren Teile der Lungen — lassen die Auffassung des ganzen Krankheitsprozesses als eines embolischen Infarktes zu. Das akute Ödem und die trockene Pleuritis sind ebenfalls gewöhnliche Phänomene in der Umgebung eines hämorrhagischen Infarktes.

Um sich von der Wahrscheinlichkeit dieser Auffassung zu überzeugen, hat Verfasser eine Reihe von Tierversuchen angestellt, deren Gang im folgenden sehr ausführlich mitgeteilt wird.

Das Resultat dieser Erfolge ist folgendes:

Bei intravenöser Einspritzung einer Suspension von essigsauerm Thymol-Quecksilber, wie auch von flüssigem Paraffin oder einer Wasserlösung von Gummi arabicum

werden bei Passierung des Lungenkreislaufs Zirkulationsstörungen embolischer Natur hervorgerufen. Die Intensität des Krankheitsprozesses ist indessen bei diesen drei Stoffen wesentlich verschieden und nimmt in der Ordnung ab, wie sie eben genannt worden sind. Ein Embolus vom Quecksilbersalze verursacht nämlich außer der hämorrhagischen Infarktbildung eine recht bedeutende Irritation, wodurch exsudative Prozesse von Anfang an überwiegen und gröfsere oder kleinere hämatogene pneumonische Herde resultieren.

Aus diesen Versuchen geht hervor, dafs sowohl Intensität als Umfang der Lungenaffektion bei intravenöser Infektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten von dem Präparate selbst abhängig, oder besser von dessen gröfseren Partikelchen; ferner dafs bei intravenöser Injektion Veränderungen in den Lungen fast konstant folgen, während dies in der Regel gar nicht bei intramuskulärer Injektion desselben Präparates geschieht.

Kommen trotzdem bei der letzteren Injektionsweise Lungenaffektionen vor, so kann man annehmen, dafs ein Teil des Injizierten in eine Muskelveue gelangt ist. Thatsächlich sind sämtliche bisher veröffentlichte Fälle von Lungenkomplikation nach intramuskulärer Applikation des Präparates eingetroffen. Verfasser ist deshalb, um der Gefahr von Embolien zu entgehen, in den letzten Monaten zu den subkutanen Injektionen zurückgekehrt und glaubt, dafs die intramuskuläre Injektionsmethode, weil mit bedenklichen Gefahren für das Leben der Patienten verbunden, vielleicht am besten aufzugeben sei.

V. Zur Frage von der Behandlung der Hautkrankheiten mit den Schilddrüsenpräparaten, von V. ZARUBIN-Charkow. An der Hand der einschlägigen Litteratur und eigener Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Schlusse, „dafs die Anwendung der Schilddrüse eine ganze Reihe von verschiedenen Symptomen, zuweilen auch die sehr schweren und gefährdenden Zeichen des sogenannten Thyreoidismus hervorruft und deshalb nur in solchen Fällen erlaubt ist, wo man die Patienten dauernd beobachten kann. Für ambulante Kranke ist das Mittel nicht anwendbar, abgesehen davon, dafs starke Unregelmäfsigkeit der Herzthätigkeit, hochgradige Erschöpfung und Kachexie der Patienten das Mittel vollständig contraindizierten.“

„Was den Einflufs der Schilddrüse auf die Hautaffektionen betrifft, so war derselbe in den Fällen des Verfassers ganz und gar gleich Null; ja in 2 Psoriasisfällen wurde sogar eine bedeutende Verschlimmerung verzeichnet. Für die Behandlung der Hautkrankheiten im allgemeinen haben wir andere, ausgezeichnet bewährte, keine so schwere und so gefährliche Symptome hervorrufoende Mittel.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 3. Heft 5 und 6. 1896.

I. Über die Dauer der Kontagiosität der Syphilis, von O. LASSAR-Berlin.

Bei dem heutigen Stande der Wissenschaften hält es Verfasser für unmöglich, die Frage nach der Dauer der Kontagiosität der Syphilis definitiv zu beantworten. Sicher sei, dafs die Gefahr der Ansteckung mit der Dauer der Krankheit abnehme, aber ebenso zweifellos stehe es fest, dafs es Fälle gebe, bei denen noch nach Jahren scheinbarer Heilung neue Ausbrüche aufgetreten sind, welche zu Übertragungen Anlafs gegeben haben. Nur durch die experimentelle Überimpfungen, die leider heute noch ganz und gar im Stiche liefsen, die aber vielleicht bei verbessertem Verfahren in der Zukunft positive Resultate liefern werden, könne es gelingen, den Grad und die Dauer der Virulenz des syphilitischen Contagiums zu bestimmen. Bis

dahin sei man auf die Kasuistik angewiesen, die aber wegen der langen Dauer der Krankheit und der Schwierigkeit, deren Verlauf scharf zu kontrollieren, ein unvollständiges und nicht immer einwandfreies Beweismaterial bilde.

II. Beiträge zur Lehre von der Dactylitis syphilitica, von J. HELLER-Berlin. (Vergl. Referat Band 23, S. 232.)

III. Grundlinien der Hauttherapie mittelst medikamentöser Seifen, von G. J. MÜLLER-Berlin. Der Verfasser berichtet zunächst an der Hand der Litteratur über die Bestrebungen in den letzten Jahrzehnten, die Seife nicht nur als Cosmeticum, sondern als therapeutisches Mittel bei der Behandlung der Hautkrankheiten zu verwenden. Sodann erhalten wir ein kleines Bild von der Fabrikation der Seife und den Mängeln, die derselben namentlich bezüglich der Haltbarkeit anhaften.

Von einer guten Seife verlangt man,

1. dafs sie gänzlich neutral sei, damit kein anderes Alkali, als durch die Dissoziation entstehende, auf der Hautoberfläche zur Wirkung gelangt;

2. dafs sie weder künstlich zugesetzte, noch durch Ranzigwerden entstandene freie Fettsäuren enthalten darf;

3. dafs sie kein freies Glycerin oder Vaseline enthalten soll, da solche Seifen schlecht schäumen und leicht ranzig werden.

Die Vorzüge der Seifenbehandlung gegenüber der üblichen Salben- und Pastenbehandlung bestehen in intensiverer und rascherer Oberflächen-, gröfserer Tiefenwirkung, in der Auslösung leuko- und serotaktischer Vorgänge, in der Leichtigkeit mit der Applikation variieren und dadurch die Wirkung abstufen zu können. Dies letztere erzielt man, dafs man entweder

1. nur einschäumt oder

2. den Schaum stärker einreibt und eine Zeit lang liegen läfst;

3. die Seife in reiner Form einreibt mit oder ohne Zusatz abgemessener Mengen Wassers, oder

4. die mit Seife eingeriebene Hautfläche mit Guttapercha bedeckt und einen Verband anlegt;

5. die stärkste Wirkung wird man dadurch erzielen können, dafs man über der eingeriebenen Seife einen feuchten Verband mit impermeablem Stoffe anlegt;

6. Buzzi hat die Seife auch manchmal nicht nur eingerieben, sondern stark einmassiert, was in gewissen Fällen entschieden von Nutzen sein dürfte.

Nach Erledigung der physiologischen beschäftigt sich Verfasser im folgenden mit der pharmakotechnischen Seite der Seifenfrage. An erster Stelle verlangt er, dafs medikamentöse Seifen ebenso wie andere Arzneimischungen nur von technisch und wissenschaftlich geschulten Apothekern hergestellt, und die Fabrikation so wichtiger dermatotherapeutischer Präparate aus dem Machtbereiche der Seifenfabrikanten völlig entzogen würden.

Die Grundseife, welche Verfasser nach 1½-jähriger Prüfung als vortreffliche Salbengrundlage anerkannt hat, ist von dem Verfertiger derselben, Apotheker GRUBE, **Savonal** benannt worden.

Die Herstellung des weichen wie flüssigen Savonals wird im folgenden ausführlich beschrieben. Das weiche Savonal stellt eine hellgrüne, durchscheinende Masse von zart weicher Salbenkonsistenz dar, riecht angenehm nach Olivenöl, löst sich klar in Weingeist, Wasser und Glycerin, schäumt gut mit Wasser, mischt sich vorzüglich mit Fetten und den verschiedensten Medikamenten. Sie enthält ausser den Kaliumverbindungen der Fettsäuren, des Olivenöls einen Teil des bei der Verseifung entstandenen Glycerins und wenige Prozente Wassers, absolut keine anderen Ver-

unreinigungen. Da die Herstellung eine direkte ist und ohne Verlust an Material stattfindet, wird der Preis der Seife ein mäßiger.

Im folgenden werden nun verschiedene medikamentöse Savonalkompositionen und ihre therapeutische Wirkung auf die kranke Haut besprochen.

Die Anfertigung der Toiletteseifen, wie sie für die Hautpflege notwendig sind, will Verfasser wohl den Fabrikanten überlassen, verlangt aber auch hier

1. Neutralität, d. h. Ausbleiben der Phenolphthaleinreaktion in spirituöser Lösung und wo möglich auch bei Mischung mit geringeren Mengen Wassers;

2. möglichst große Haltbarkeit, da es fast niemals vorkommt, daß Seifenstücke direkt aus der Fabrik in die Hände der Konsumenten gelangen;

3. keinen übermäßig hohen Wassergehalt (nicht über 35%);

4. gutes Schäumen, um der physiologischen Aufgabe genügen zu können;

5. absolute Reinheit, d. h. Wegfall aller sogenannten Surrogate, die nichts mit dem chemischen Begriff „Seife“ zu thun haben.

Eine milde, sehr haltbare Toiletteseife nach den Intentionen des Verfassers fertigt die rühmlichst bekannte Berliner Firma Jünger & Gebhardt an.

In der außerordentlich instruktiven und wertvollen Arbeit nehmen die Vergleiche des Savonals und der Savonalmischungen mit den BUZZI-KEYSERSchen flüssigen Seibenseifen einen breiten Raum ein.

IV. Über die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei der Behandlung der Blennorrhoe, von O. WERLER-Berlin. Im ganzen wurden vom Verfasser 50 Fälle zumeist akuter Blennorrhoe mit dem Mittel behandelt.

Den Patienten wurde bei Beginn der Behandlung eine ganz schwache Lösung von Itrol zur Einspritzung nach folgender Formel verschrieben:

R. Solut. Itroli 0,025 : 200,0

Ds. in vitro flavo.

S. viermal täglich in die Harnröhre einzuspritzen.

Nach Verbrauch dieser Einspritzung wurde mit der Konzentration allmählich gestiegen:

Solut. Itroli 0,03 : 200,0

„ „ 0,04 : 200,0

„ „ 0,05 : 200,0.

Die Lösung bleibt einige Minuten in der Harnröhre. Es muß darauf geachtet werden, daß die Solution, welche sehr leicht zersetzbar ist, nicht mit organischen Stoffen in Kontakt kommt. Zum Verschluss der dunklen Arzneiflaschen eignen sich am besten Glasstöpsel oder mit Wachspapier belegte Korke. Zu Irrigationen der Urethra hat der Verfasser in der Sprechstunde stets eine Stammlösung Solutio Itroli 0,25 : 1000 vorrätig, die er je nach Bedarf mit warm gehaltenem destillierten Wasser verdünnt.

Die bei der Itrolbehandlung der Blennorrhoe gewonnenen Resultate resumiert Verfasser in folgenden Schlusssätzen:

1. Das Itrol besitzt eine intensiv gonokokkenvernichtende Wirkung.

2. Das Itrol ist in seinen Lösungen der Schleimhaut der Harnröhre wohlbekömmlich und verursacht weder Reizerscheinungen, noch steigert es die Entzündungssymptome in nennenswerter Weise.

3. Das Itrol hat eine energische Tiefenwirkung ohne Verletzungen der Schleimhaut.

V. Die Lepra im Kreise Memel,¹ von A. BLASCHKO. In dem vorliegenden Abschnitte seiner Arbeit bespricht der Verfasser zunächst den Ursprung, weiteren Verlauf

¹ S. auch Referat Bd. XXIII. S. 375.

und die Ausdehnung der Lepra-Epidemie im Memeler Kreise. Es wird der Beweis geführt und durch zahlreiche interessante Thatsachen bekräftigt, daß die Lepra von Livland und Kurland aus südöstlich landeinwärts in das Gouvernement Kowno, dann südlich längs der Küste in den preussischen Kreis Memel gedrungen ist. Die Memeler Epidemie ist als letzter Ausläufer der von ihren russischen Hauptherden langsam vordringenden Lepra, und zwar als Ausläufer auf deutschem Boden, aufzufassen.

Sodann beschäftigt sich der Verfasser unter besonderer Berücksichtigung der von ihm beobachteten Leprafälle aus dem Memeler Kreise mit der Symptomatologie, der Pathogenese der Lepra, der Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie, der Frage bezüglich der Heredität oder der Kontagiosität der Lepra, endlich mit der Prophylaxis gegen eine Weiterverschleppung der Krankheit.

Wir heben aus den für die Kenntnis der Lepra so wertvollen Ausführungen des Verfassers die Thatsache hervor, daß er in der Lage war, die von anderen namhaften Lepraforschern bestrittene Lokalisation der leprösen Knoten auf der behaarten Kopfhaut und an den Handflächen zu beobachten und durch den Nachweis von Bacillen zu erhärten.

Sehr eingehend bespricht Verfasser die Unterschiede der knotigen und anästhetischen Lepra, die Anfangssymptome derselben und erörtert die Frage, ob Anhaltspunkte vorhanden seien, welche die Annahme gleichsam eines Primäraffektes, als der Eintrittsstelle des Lepragiftes, gerechtfertigt erscheinen ließen.

Für die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie werden folgende wesentliche Unterscheidungsmerkmale beider Krankheiten nebeneinander aufgeführt:

Lepra.

1. Exantheme in Form erythematöser, pigmentierter oder vitiliginöser Flecke, Blasen, Papeln oder echter Knoten.

2. Fühlbare Nervenverdickungen.

3. Anästhesien

a) in frühen Krankheitsstadien an lepröse Exantheme und deren nächste Nachbarschaft gebunden, auch nach Schwund des Exanthems dessen Lokalisation innehaltend;

b) später auf einzelne Hautnerven übergreifend, meist aber nicht deren ganzes Gebiet umfassend;

c) in den Endstadien der Krankheit ganze Extremitäten ergreifend;

d) vorwiegend an den Extremitäten, seltener auf dem Rumpf lokalisiert;

e) in den meisten Fällen Verlust sämtlicher Gefühlsqualitäten;

f) Partien mit dissociierter Gefühls lähmung (Thermoanästhesie, Analgesie) können neben totaler Anästhesie vorkommen, zeigen aber immer die unter a—d charakterisierte örtliche Verbreitung;

4. Muskelatrophien, namentlich an der

Syringomyelie.

1. Keine Exantheme.

2. Keine Nervenverdickungen.

3. Anästhesien nicht herdförmig, nicht an bestimmte periphere Hautnerven gebunden; auch nicht gliedweise auftretend, sondern in der Regel „segmentäre“ Ausbreitung, seltener „hemilateralen“ Typus zeigend.

Verlust sämtlicher Gefühlsqualitäten selten. Verlust der Schmerz- und Temperaturempfindung die Regel, zeigt jedoch dann die oben angegebene Verbreitung.

4. Muskelatrophien fast regelmässig und

Handmuskulatur und auch der Augenschließmuskeln, seltener auf die Rumpfmuskulatur übergreifend.

frühzeitig auch an der Rumpfmuskulatur, daher meist Skoliose.

5. Begleiterscheinungen, namentlich bei hemilateralem Typus: Spastische Parese der Beine, Aufhebung der Sehnenreflexe im atrophischen Gebiet, Steigerungen an den Beinen, Schwäche oder Aufhebung der Hautreflexe im anästhetischen Gebiet Hemihyperidrosis, Beteiligung des Sympathicus, Bulbärsymptome.

Was die MORVANSche Krankheit betrifft, so glaubt Verfasser mit anderen Autoren annehmen zu müssen, daß es sich bei derselben nicht um eine wohlumschriebene Krankheit handelt, und daß man in Zukunft jeden derartigen Fall genau untersuchen und unter Berücksichtigung der eben aufgeführten differentialdiagnostischen Merkmale entweder der Lepra oder der Syringomyelie wird zuweisen müssen.

Bezüglich des Übertragungsmodus der Lepra spricht sich Verfasser, soweit es sich um die Memeler Epidemie handelt, entschieden für die Kontagiosität aus, hält es aber nicht für ausgeschlossen, daß ebenso wie bei der Syphilis es neben der erworbenen Lepra auch eine erbliche Übertragung der Krankheit giebt.

Für die Prophylaxis kommen an erster Stelle die tuberös Leprösen in Betracht, an denen das bacillenhaltige Sekret zerfallener Haut- und Schleimhautlepromen, vielleicht zeitweise der Auswurf und möglicherweise, wenn auch nicht wahrscheinlich, der Schweiß kontagiös ist. Äußerste Reinlichkeit der Patienten, aseptischer Abschluß jeglicher Wunden und Verhütung des Auftretens neuer Wunden sind Bedingungen für die individuelle Prophylaxis. Bei den häuslichen Verhältnissen jedoch, in welchen die Leprösen meist leben, wird ein konsequent aseptisches Verfahren sich nicht durchführen lassen, weshalb Verfasser als Vorbedingung jeder durchgreifenden Prophylaxe die Isolierung und Hospitalisierung der Kranken ansieht.

VI. Über kosmetische Mittel in sanitätspolizeilicher Beziehung, von E. VOLLMER-Kreuznach. Die Ausführungen des Verfassers berühren sich in manchen Punkten, namentlich wo es sich um die Fabrikation einer guten Seife handelt, mit denjenigen G. J. MÜLLERS. Von der Kosmetik will der Verfasser, ebenso wie SAALFELD, eine Reihe dermatologischer Affektionen, wie die Furunkel, Sykosis, Alopecia areata etc., ausgeschlossen wissen. Deshalb zieht er in den Bereich seiner Betrachtungen hauptsächlich diejenigen kosmetischen Mittel, welche

1. der Reinlichkeit der Haut,
2. dem Färben, Pudern und Schminken derselben,
3. der Zahn- und Mundpflege,
4. der Haarpflege dienen.

Die der ersten Kategorie angehörigen kosmetischen Mittel beanspruchen insofern am wenigsten das sanitätspolizeiliche Interesse, als die Führung von gifthaltigen medizinischen Seifen, wie die Sublimatseife von EICHHOFF, nur den Apotheken gestattet ist. Was die Schweißmittel betrifft, so wird vor dem Strychninpulver, vor dem BRANDAUSchen Mittel und vor der rohen Salzsäure (NEEBE) gewarnt. Der Verfasser fährt dann in seinem Schlussummé fort: „Die weißen und roten Schminken sind immer verdächtig. Es ist stets auf ihre Zusammensetzung zu achten, bei den weißen auf Blei, bei den roten auf Quecksilber zu untersuchen. Die dem freien Verkehr zu überlassenden Mund- und Zahnmittel dürfen nicht säurehaltig sein. Am geeignetsten ist eine neutrale Reaktion derselben.“

Von den Haarmitteln sind die Haarwuchsmittel meist unbedenklich. Die englischen Präparate besonders, aber auch alle in- und ausländischen Präparate mit dem Zusatz „vegetabilisch“ sind auf Blei zu untersuchen. Oft enthalten sie essig-saures Blei (Bleizucker). Die Haarfärbemittel sind auch oft bleihaltig. Namentlich sind, wenn zur Haarfärbung drei Flacons abgegeben werden, das mit No. 2 bezeichnete auf Blei und das mit No. 3 bezeichnete auf Cyankalium zu untersuchen.

Im übrigen wäre es gewiss das Beste, wenn der Verkauf aller Mittel, die eine Veränderung der von der Natur gegebenen Beschaffenheit des Körpers, meist der Haare und der Haut, bezwecken, nur in den Apotheken und nur auf ärztliche Bescheinigung hin erlaubt wäre. Damit wäre die Kontrolle über die bedenklichen kosmetischen Mittel vereinfacht und prophylaktisch mancher Gefahr vorgebeugt. Es sollte aber auch kein Arzt sich scheuen, seine Kenntnisse durch ein Studium der kosmetischen Mittel zu bereichern. Abgesehen von der dankbaren Seite dieser Arbeit, ist es der einzige Weg, um nicht-kompetenten Personen die Einmischung in ärztliche Angelegenheiten — und alles, was den Körper angeht, ist Sache des Arztes — zu verlegen.“

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VII, Heft 10.

1. **Zur Frage der Kathetersterilisation**, von ALAPY. Der Schluss der bereits im letzten Referat mitgeteilten Arbeit befasst sich mit dem Nachweis, dass auch bei ALAPYS Verfahren die Keimträger ebenso sicher vernichtet werden, als wenn der strömende Wasserdampf direkt in das Innere der Katheter geleitet wird. Dies wird durch eine Reihe von Versuchen erhärtet. Auch die Desinfektion von Instrumenten, die zuvor durch Olivenöl schlüpfrig gemacht worden waren, gelang in vollkommener Weise. Verfasser giebt am Schluss seiner Arbeit einige Winke, die die Anwendung seiner Methode auch für den Praktiker unter möglichster Schonung der Instrumente möglich erscheinen lassen.

2. **Ein Fall von Urethritis, verursacht durch Infektion mit Bacterium commune coli**, von JOSPOVICE. Nachdem Verfasser schon früher einen ähnlichen Fall beobachtet hatte, der bei mikroskopischer Untersuchung das Vorhandensein von Stäbchenbakterien ergab, konnte er wiederum bei einer akuten Urethritis mikroskopisch im Eiter an Stelle der Gonokokken Stäbchen nachweisen. Diese erwiesen sich bei bakteriologischer Untersuchung als Bacterium coli commune.

Band VIII, Heft 1.

1. **Über elastische Katheter**, von POSNER und FRANK. Nach einer historischen Einleitung über die Entstehung der elastischen Katheter und über die dominierende Stellung der englischen und französischen Fabrikate gehen Verfasser zu einer Besprechung der deutschen Fabrikate von Rüsch in Cannstatt über, die den fremden mindestens gleichwertig sind. Um die Prüfung auch wissenschaftlich einwandfrei zu machen, haben sie die Katheter auf ihre Struktur mikroskopisch (Gefrierquerschnitte) und chemisch (Auflösung des Lacks durch alkoholische Kali causticum-Lösung) geprüft.

2. **Eine neue Modifikation des Harnleiterkatheters**, von NITZE. Verfasser hat sein bekanntes Instrument in der Weise modifiziert, dass er die Lichtquelle in die gerade Verlängerung des Schaftes verlegte, so dass der den Ureterkatheter tragende Schnabel jetzt bedeutend dünner und kürzer gestaltet werden konnte. Dadurch ist das Instrument viel handlicher und praktischer geworden. Verfasser giebt dann noch einige technische Ratschläge für die Handhabung des Ureterkatheterismus.

3. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Prostatatuberkulose, von CONITZER. Der geschilderte Patient litt anscheinend an primärer Tuberkulose der Prostata; es bestanden allgemeine Beschwerden bei der Harnentleerung, keine Fisteln, Hodenentzündung etc. Cystoskopisch liefs sich aber bereits nachweisen, dafs die Blasenschleimhaut von Tuberkeln durchsetzt war. Um dem Patienten eine palliative Erleichterung zu verschaffen, wurde vom Damm aus eine Entfernung der erkrankten Prostata durch Resektion und Exkochleation versucht, zunächst mit anscheinend gutem Erfolge, doch erlag Patient bald der allgemeinen Miliar- bzw. Nierentuberkulose.

4. Über Erzeugung von Analgesie in den hinteren Harnwegen, von SCHARFF. Um die Einführung von Instrumenten in die hinteren Harnwege, bzw. Ätzungen daselbst schmerzlos zu machen, empfiehlt Verfasser als bestes Mittel den Faradayschen Strom, oder die Applikation der Nervina vom Rectum aus. Die wässerige Form der Medikamente für diesen Zweck ist die wirksamste Form zur Erzielung der Analgesie. Der rektale Weg ist, wo angängig, wegen der Ersparung von Irritation durch Einführung von Instrumenten in die Pars posterior urethrae und die Blase der direkten Kontaktanästhesierung vorzuziehen. *F. Hahn-Bremen.*

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1896.

Yaws in Indien, von ARTHUR POWELL-Assam. Die Frambösie ist eine nicht infektiöse, hochgradig kontagiöse Krankheit, welche hauptsächlich in den Tropenländern auftritt und charakterisiert ist durch die Entwicklung von Granulationsgewebe in den oberflächlichen Schichten der Cutis. Je nach dem Grade dieser Entwicklung kann sie die Epidermis in Form von Papeln über das gewöhnliche Niveau erheben, doch nur, wenn sie voll entwickelt ist, repräsentiert sie sich als feuchte, über die allgemeine Hautoberfläche erhabene Granulomata.

Die Krankheit tritt hauptsächlich in Westindien, an der Westküste von Afrika, in Südamerika und im Ostindischen Archipel auf. Auf Ceylon ist sie unter dem Namen „Paranghi“ bekannt. Neger werden nicht mehr als andere Menschen befallen. Die Krankheit ist niemals angeboren. — Was die Symptomatologie betrifft, so erscheint zuerst eine Papel gewöhnlich auf einer alten Wunde oder frischen Narbe, beispielsweise auf Impfnarben oder einem Kratzeffekte. Die Papel entwickelt sich rapide zu einem feuchten, gelblichen, fungösen Granulationsknötchen. Bald darauf, gewöhnlich innerhalb von zehn Tagen, zuweilen auch gleichzeitig mit der Initialläsion, erscheint ein ähnlicher Ausschlag am ganzen Körper. In wenigen Fällen tritt der Ausschlag auch ohne das erste Anzeichen der Krankheit auf. Das Inkubationsstadium variiert zwischen drei bis zehn Wochen.

Der Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich die Einzelläsionen, bespricht dann die Differentialdiagnose, namentlich zwischen Yaws und Syphilis, zeigt, dafs jener die Polymorphie, die Leistendrüsenschwellung, die Erscheinungen in der Mund- und Rachenhöhle, der Haarausfall, Iritis, die tertiären Symptome der Syphilis, vollständig fehlen. Die gegenteiligen Ansichten verschiedener Autoren werden eingehend widerlegt. Sodann beschreibt der Verfasser eine Epidemie in Assam, bespricht die Behandlung. Merkur und Jodkalium haben sich ihm nicht besonders vorteilhaft erwiesen. (Damit setzt sich der Verfasser mit anderen Autoren in Widerspruch, die gerade mit Merkur und Jodkalium sehr gute Erfolge erzielt haben. Ref.) Die Behandlung mit Toxinen scheint bis jetzt noch von zweifelhaftem Werte zu sein.

Der Verfasser teilt sodann seine histologischen und bakteriologischen Befunde mit, die er bei der Yaws erhalten hat.

C. Berliner Aachen.

I. Beziehungen der Harnvergiftung (Intoxikation) und der Harninfektion, von CHEVALIER aus der Klinik GUYONS. In der Einleitung seiner beachtenswerten Arbeit weist der Verfasser auf den Nutzen hin, welchen die Pathologie durch die bakteriologische Forschung gewonnen, besonders die Frage des Nährbodens und der Empfänglichkeit hätte neue Gesichtspunkte aufzuweisen.

Was die Anlage für die Infektion betrifft, so giebt es sehr bedeutende individuelle Verschiedenheiten. Man trifft Personen, die sehr hartnäckig der Infektion widerstreben, solche, die sich indifferent verhalten, und solche, welche leicht der Infektion zugänglich sind und zugleich einer hochgradigen Art.

Die Infektion hängt also wesentlich von dem Individuum ab, zugleich aber auch von dem an ihm operierenden Arzte. Von ihm müssen zum mindesten die Regeln der Asepsis und Antisepsis chirurgica stets rigoros gehandhabt werden, die Folgen der Infektion sollen ihm stets vorschweben. Aber auch die Intoxikation möge er berücksichtigen, denn sie bereite gewisse Kranke vor für die Infektion.

Besteht bei einem Patienten Harnintoxikation, so tritt leicht Harninfektion dazu, weil die Bedingungen hierfür in hohem Grade vorhanden sind, das Terrain ist günstig für Entstehung und Entwicklung. Dagegen begünstigt die vorausgegangene Infektion des Harnapparates, welche oft frühzeitig das Nierengewebe heimsucht, nur spärlich und langsam die Intoxikation. Unsere Kranken kommen deshalb weder leicht, noch bestimmungsgemäß zum Unglück der Niereninsuffizienz.

In dem nun folgenden ersten Abschnitte beschäftigt sich CHEVALIER genauer mit dem Einflusse der Harnverhaltungen auf die Erzeugung und den Verlauf der Urinfektion. Speziell diejenige Form, welche als „chronische, unvollständige Retention mit Ausdehnung“ bezeichnet werde, mache wohl die Organe und den Organismus absolut empfänglich für die Infektion. Die Patienten werden dabei kachektisch, sind abgemagert, sehen gelblich aus, bieten schwere Verdauungsstörungen dar, kurz es bestehen die positiven Zeichen der Harnintoxikation. Und doch braucht die Infektion in irgend einem Grade zunächst nicht hinzugetreten zu sein. Die Retention hat sich aseptisch entwickelt, bleibt lange so, der Harn ist absolut klar, enthält keine Mikroben, giebt keine Kulturen; der Kranke ist fieberfrei. Niemals werden diese Patienten das Opfer der Selbstinfektion, in der allergrößten Zahl derartiger Fälle schafft erst der Katheterismus die Infektion herbei.

Wird bei der „chronischen unvollständigen Retention mit Ausdehnung“ der Katheter mit der von der Physiologie und Bakteriologie verlangten Vorsicht angewendet, so werden besonders die Nieren von dem krankmachenden Hindernisse befreit, die ganzen Druckverhältnisse können zur Norm zurückkehren, der Kranke geneset von seiner Intoxikation. Gehen so behandelte Kranke zu Grunde, so war nicht die mechanische Behinderung der Nieren schuld, sondern die vorgeschrittene Zerstörung des Nierengewebes.

Während also die Harnintoxikation allein bei nicht zu langer Dauer nur relative Gefahren hervorruft, wird die Sachlage viel bedrohlicher, wenn — gewöhnlich durch einen fehlerhaften Katheterismus — die Infektion hinzutritt. Rasch erfolgen schwere örtliche und allgemeine Zufälle, die in kurzer Frist das tödtliche Ende herbeiführen können.

Andererseits sind auch die Gefahren der Infektion allein nur mäßige, sobald die Patienten erst einmal von ihrer Intoxikation befreit sind. Für diese Beziehungen bringt nun CHEVALIER als Belege drei lehrreiche Fälle, die er genügend lange (sechs Monate, ein Jahr, sechs Jahre) beobachtet hatte. In der epikritischen Besprechung

dieser Fälle weist er eigens darauf hin, wie auch eine krankhaft veränderte Niere hinreicht, um die Reinigung des Blutes zu erzielen; es ist dies auch möglich, wenn die krankhaften Veränderungen infektiösen Ursprungs sind. Für die chirurgischen Eingriffe, welche jeweils als nötig sich erweisen, ergibt sich hierdurch Ermutigung, jedoch ist stets die außerordentliche Geneigtheit der an „chronischer Retention mit Ausdehnung“ Leidenden zur Infektion im Auge zu behalten, sowie die Vorsicht, die Druckverhältnisse nur langsam zu modifizieren, damit nicht die bestehende Niereninsuffizienz plötzlich zunehme.

Im zweiten Abschnitt beschäftigt sich der Verfasser hauptsächlich damit, zu erörtern: Was bedeutet das Hinzutreten der Intoxikation zur bereits bestehenden Infektion?

Er weist zunächst nach, daß die Infektion in verschiedenen Graden jahrelang bestehen kann, ohne daß die Patienten ernsthaften Beschwerden ausgesetzt sein müßten. Reichliche Eiterung der Nieren existiert, ohne auffällige Erscheinungen hervorzurufen. Diese Nieren vermögen eben lange ihre sekretorische Fähigkeit zu behaupten, verhalten sich also ganz anders, wie die Nieren bei Morbus Brighti. Wohl kommen auch bei den in den Harnwegen Infizierten mehr oder weniger oft körperliche Störungen vor, aber Genesung kann eintreten oder nicht, jedenfalls beobachtet man sehr lange Zeit nicht die kleinen und großen Zufälle der Urämie. Diesem pathologischen Zustande verfallen schließlich auch die Infizierten, aber viel langsamer und in der Regel erst durch das Hinzutreten der Intoxikation. Dieselbe tritt erst auf, wenn die Veränderungen der Nieren große Ausdehnung gewonnen haben. Verdauungsstörungen schwerer Art, namentlich Dyspepsien, melden die durch die Intoxikation bewirkte Verschlimmerung. Gewöhnlich zeigen diese Kranken chronisches Fieber, doch kann Temperatursteigerung auch fehlen, die Temperatur sogar unter Norm stehen. Die Infektion reagiert mit Fieber, aber die Intoxikation widerstrebt dem. Und nun kommen zur Verdauungsstörung und der Hypothermie weitere Symptome von Urämie, welche die Scene beschließen.

II. Anomalien der angeborenen Penisfisteln, von RENÉ LE FORT. Diese sehr ausführlich (112 Seiten) gehaltene Arbeit verteilt sich auf 5 Nummern der *Annales* Juli, August, September, Oktober, Dezember). Sie ist also eigentlich als Monographie aufzufassen, über die wir hier nur kurz berichten können. Als allgemeine Schlusssätze ergeben sich folgende:

1. Die Fistelanomalien des Penis stellen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten dar, die Unterscheidungen der Autoren decken sich nicht.

2. Ihr einziger gemeinsamer Charakter ist ihr ausschließlicher Sitz in der Mittellinie.

3. Die zahlreichen Abarten, welche man treffen kann, lassen sich in drei große Klassen bringen:

- a) die einen beziehen sich auf Anomalien in der Entwicklung des Harnröhrenblattes,
- b) die anderen werden gebildet durch abnorme Einmündungen der Ausscheidungskanäle: des Rectum, der Ductus ejaculatorii,
- c) es giebt auch unter dem Penis gelegene Fisteln, welche von einem intrauterinen Risse des Harnröhrenkanals herrühren.

4. Die in dieser Studie angenommene Einteilung war im Interesse der klaren Darlegung geboten. Die jetzt vorgeschlagene und auf der Schlusstafel entwickelte Einteilung giebt einen logischeren Überblick über all diese Anomalien, sie beruht auf neu aufgestellten Grundsätzen.

III. Hydronephrose infolge von Verengerung des Harnleiters, von LEGUEU.

Der Verfasser hatte Veranlassung, eine Nephrektomie auszuführen wegen Hydronephrose, die durch Verengerung des Ureters entstanden war. Es handelte sich um eine Wanderniere, der Ureter war an seiner Vereinigung mit dem Becken fast ganz verstopft; wie die Untersuchung der operierten Niere ergab, bestand hier nur noch eine Öffnung von Stecknadelkopfgroße.

Schon im Jahre 1876 konstatierte ein Arzt das Bestehen einer rechtsseitigen Wanderniere. Diese war im Jahre 1890 zu einer enormen Geschwulst herangewachsen, wegen der heftigen Schmerzen wurde punktiert, 150 g Flüssigkeit entleert, diese erwies sich als Urin. Erst im Jahre 1895, nachdem schwere Zufälle (Ohnmachten) vorausgegangen waren und die Geschwulst, wenn auch in wechselnder Art, grofse Ausdehnung zeigte, kam es zu der, dann von LEGUEU ausgeführten Nephrektomie. Heilung trat bald ein.

Der Arbeit ist eine Zeichnung beigelegt, welche die entfernte, gegen die Norm natürlich gänzlich veränderte Niere mit besonders bedeutender Dilatation des Beckens zeigt. Der Ureter erwies sich nur in einer geringen Ausdehnung von höchstens 4–5 mm fast verstopft; hier fand sich ein fibröses, sehr hartes, narbiges Gewebe, welches die Wände verlötete. Eine direkte Ursache dieser Narbe war nicht zu entdecken. Unterhalb der Narbe gewinnt der Ureter, dessen Wände verdünnt sind, bald sein normales Aussehen wieder. In denjenigen Fällen, in welchen sonst die Nephrektomie bei hydronephrotischer Wanderniere ausgeführt wurde, fand man gewöhnlich eine scharfe Knickung, eine Klappe im oberen Abschnitte des Ureters als Ursache, aber nie eine Striktur, wie im vorliegenden Falle. Dennoch glaubt LEGUEU nur die Wanderniere als Ursache dieser Verengerung ansehen zu sollen. Es ist wahrscheinlich, dafs unter dem langdauernden, bis 20 Jahre zurückreichenden Einflusse der Wanderniere zunächst eine leichte, aber chronische Entzündung sich entwickelte, dafs durch sie die Wandungen eine Umwandlung in sklerotisches Gewebe erfuhren die Verringerung der Lichtung bewirkte dann in mechanischer Weise die Hydronephrose.

Die Berechtigung der Nephrektomie ergab sich besonders klar nach der Operation, denn der gröfste Teil des Nierenparenchyms dieser rechten Niere war verdünnt und zerstört, die linke Niere offenbar schon längst in kompensatorischer Funktion.

Neuhaus-München.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

November 1896.

I. Eine eigentümliche Affektion der Schleimhaut der Lippen und der Mundhöhle, von J. A. FORDYCE - New York. Der Patient war ein Arzt, der weder starker Raucher, noch Potator war. Vor 2 Jahren bemerkte er zum ersten Male ein symmetrisches Abblassen des Lippenrots der Oberlippe, ausgehend von den Mundwinkeln und sich nach der Medianlinie hin erstreckend; hier blieb nur ein schmaler Streifen frei von der Veränderung. Wenn man die Lippe etwas dehnte, so bemerkte man kleine, unregelmäßige, dichtgedrängte, miliumartige Körper von hellgelber Farbe gerade unter dem Oberflächenepithel. Bald entwickelte sich dieselbe Affektion in ebenso symmetrischer Weise an der Unterlippe, später in der Mundhöhle entlang der Zahnreihe. Die Efflorescenzen waren hier heller, etwas mehr erhaben und von papillomatösem Charakter. Man wurde an Milien, wie man sie im Gesichte sieht, erinnert. Der Versuch, eines mit einer Nadel herauszuschälen, gelang nicht, weil es an dem darunter befindlichen Gewebe fest haftete. Die Beschwerden bestanden in einem Gefühle von Trockenheit, Steifigkeit der Lippen und in geringem Brennen und Jucken.

Von Interesse ist die Mitteilung des Patienten, daß er denselben Zustand bei allen Mitgliedern seiner Familie und bei vielen Negern angetroffen habe. Über die Pathologie der an die von BAELEZ und UNNA beschriebene Lippenaffektion erinnernden Krankheit liefs sich nichts Bestimmtes feststellen. Die Behandlung mit Jodtinktur hatte keinen günstigen Erfolg.

II. Ein Fall von symmetrischer Morphoea begleitet von Blasenbildung und ausgedehnter Ulceration, von P. A. MORROW-New York. Die Morphoea kommt etwa in 3000 Fällen von Hautkrankheiten einmal vor. Skleroderma figurirt in etwas stärkerem Verhältnisse. Fast alle neueren Lehrbücher, mit Ausnahme desjenigen von KAPOSI, sehen die Morphoea als eine Form der Sklerodermie an.

Der vom Verfasser beobachtete Fall, der einen 66jährigen Wagenbauer betraf, zeigte folgende charakteristische Merkmale der Krankheit in chronologischer Reihenfolge: Zuerst Spannung der Haut des rechten Oberschenkels, später Härte, Trockenheit, Unnachgiebigkeit, Verfärbung von umschriebenen Hautpartien. Ähnliche Stellen traten bald auch am linken Oberschenkel, sodann an den Knien, beiden Beinen, Hüften, Schultern und am unteren Teile des Abdomens auf. Die verfärbten Partien sahen weiß, wie verfettet aus, waren unregelmäßig gestaltet und von einem lilafarbenen Rande umgeben, der sie von der gesunden Haut schied.

Die Plaques nahmen stetig an Größe zu. Zwei bis drei Wochen nach der Entwicklung derselben begannen einzelne Stellen der Plaques gelatineartig zu erweichen, aufzubrechen, worauf dann Ulceration folgte. Schmerzen verursachte diese nicht. Der Patient klagte nur über beständiges Kältegefühl.

Unter der Behandlung mit MERCK'S Thyroidin und Natrium salicylicum hat sich der Zustand stetig gebessert.

Diskussion (*Journ. of cut.* Bd. 14. S. 446):

Dr. WHITE möchte die Bezeichnung „Morphoea“ beibehalten wissen, da es viele Fälle gebe, die mit typischer Sklerodermie keinerlei Beziehung hätten. Die Morphoea neige zu Variationen, während die Sklerodermie nur wenig Mannigfaltigkeit zeige.

Dr. DUHRING erinnert daran, daß er schon seit vielen Jahren zu den wenigen Dermatologen gehöre, welche die Morphoea von Sklerodermie unterschieden hätten. Klinisch wiesen beide Krankheiten große Verschiedenheiten auf, während ihre allgemeine Pathologie viele gemeinsame Punkte hätte.

III. Ein Fall von PAGET'S Disease der Brustwarze, von G. TH. JACKSON. Die 52jährige, verheiratete Patientin zeigte, als Verfasser sie zum ersten Male im Mai 1895 sah, eine Entzündung um die rechte Brustwarze. Dieselbe war gerötet, etwas krustig und stellenweise erodiert. Sie bot das Aussehen eines chronischen Ekzems dar. Abgesehen von Jucken, verursachte das Leiden keine Beschwerden. Mitte September 1895 war die Brustwarze stark vertieft, der ganze Warzenhof fühlte sich sehr hart an. Brustwarze und Warzenhof waren der Sitz einer erodierten, roten, unregelmäßig gestalteten, trockenen Partie, in deren Umkreis sich ein hellbrauner, infiltrierter, schwach erhabener Streifen befand. Die Hautgefäße waren nicht dilatiert. Die Patientin klagte jetzt über beträchtliches Jucken, scharfe, stechende Schmerzen in der Brust. Diese fühlte sich im ganzen hart an. Die Axillardrüsen waren beiderseits vergrößert. Am 16. Oktober 1895 wurde die Amputation der erkrankten Brust vorgenommen und am 30. die Patientin mit einem guten Heilresultate aus dem Hospital entlassen. Am 17. Juni 1896 sah Verfasser sie wieder, ohne das geringste Zeichen eines Recidivs feststellen zu können.

Im folgenden werden die Resultate der von Prof. ELY vorgenommenen makroskopischen wie mikroskopischen Untersuchung der amputierten Brust, insbesondere

der Brustwarze sehr ausführlich mitgeteilt. Die Befunde decken sich wesentlich mit denjenigen, welche man in allen sorgfältig studierten Fällen von PAgERScher Krankheit erhalten hat.

Zahlreiche Schnitte sind auf Bakterien und Parasiten des Sporozoen-Typus gefärbt und untersucht worden, haben jedoch ein vollständig negatives Resultat ergeben.

Diskussion (*Journ. of cut.* Bd. 14. S. 444):

Dr. FORDYCE hält Prof. ELys Befunde interessant, in vieler Beziehung gänzlich von den bisherigen Befunden verschieden. Der Bericht nehme an, daß fibröses Gewebe zuerst in der Brustdrüse vorhanden sei, und daß wahrscheinlich sekundär die Brustwarze erkrankte. Die meisten Lehrbücher nehmen jedoch an, daß die Krankheit in den Epidermiszellen beginne und aus einer eigentümlichen Degeneration des Protoplasmas dieser Zellen, welche Zelleinschlüsse oder Psorospermien vortäusche, entstehe und sich entlang der Milchgänge fortsetze.

Dr. DUHRING meint, das histopathologische Bild der Krankheit hänge viel davon ab, in welchem Stadium derselben die mikroskopische Untersuchung vorgenommen würde. Gewöhnlich manifestiere es sich im Beginn als eine Entzündung des Coriums, die klinisch kaum von einem chronischen Ekzem zu unterscheiden wäre. In den meisten Fällen fange die Krankheit wahrscheinlich als eine ekzematöse Entzündung an und werde im weiteren Verlaufe epitheliomatös. Das histopathologische Bild sei dann am Ende ein völlig anderes als im Anfange der Krankheit.

Dezember 1896.

I. Mykosis fungoides mit besonderer Berücksichtigung des prämykotischen Stadiums, von P. A. MORROW. New York. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, von denen der erste einen 54jährigen Mann betraf, der vor 6—7 Jahren einen Ausschlag bekam in Form von über den ganzen Körper zerstreuten, rötlichen, schwach schuppenden Flecken. Die Röte und die Abschuppung pflegte teilweise, aber niemals vollständig zu verschwinden. Gegenwärtig ist der Körper bedeckt mit schwach erhabenen, verschieden großen und unregelmäßig gestalteten, rötlichen, zumeist einzeln stehenden, aber stellenweise auch konfluierenden Plaques. Die Intensität der Röte, wie der Infiltration hängt in gewissem Grade von dem Alter der Effloreszenzen ab. Beim ersten Erscheinen zeigen sie eine scharlachartige Röte, die später in ein Braunrot übergeht und im Verschwinden noch dunkler wird. Auf Druck verschwindet die Röte vollständig, um sofort wieder zurückzukehren. Viele der Plaques sind besonders im Zentrum mit dünnen, trockenen, lose haftenden Schuppen bedeckt. Zwei oder drei Plaques auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern sind bedeckt mit einer krustenartigen Anhäufung von Schuppen, die entfernt eine feuchte rote Fläche mit kleinen, stecknadelkopfgroßen, schwach secernierenden Exkreszenzen hinterlassen. Die Haut des ganzen Körpers ist mehr oder weniger verdickt und induriert und zeigt sehr ausgesprochene Hautfelderung. Es besteht starke Schweißsekretion, nur schwaches Jucken, das den Patienten in keiner Weise belästigt. Das Allgemeinbefinden ist vorzüglich. Die Behandlung bestand in Arsenik, das zeitweilig Besserung brachte. Im ganzen jedoch hat in den letzten 1½ Jahren eine Verschlimmerung des Zustandes Platz gegriffen, die sich an der zunehmenden Verdickung der Haut und der Neigung gewisser Hautstellen zur Geschwulstbildung kennzeichnet.

Verfasser beschreibt sodann einen zweiten Fall bei einer 36jährigen unverheirateten Person, die ebenso wie der erste Patient ein exquisites Bild des prämykotischen Stadiums der Mykosis fungoides darbot.

II. Ein ungewöhnlicher Fall von Lupus vulgaris, Lupus annularis, von G. T. ELLIOT-New York. Die Affektion bei der 47jährigen, erblich nicht belasteten, früher stets gesunden Frau trat vor zwei Jahren auf in Form von einzeln stehenden, bräunlichen, stecknadelkopfgroßen Flecken. Sie waren schmerzlos, nicht erhaben, juckten und schuppten nicht und veränderten sich eine zeitlang gar nicht. Später nahmen sie langsam an Größe zu, während die zentrale sich vertiefte, so daß schließlich ringförmige, langsam sich vergrößernde Efflorescenzen resultierten, die weder aufbrachen noch ulcerierten. Sie saßen zuerst im Gesicht. Jede einzelne Efflorescenz bestand aus einem weißen, durchscheinenden, glatten, narbigen, zentralen Bezirk, der von einem schmalen, schwach erhabenen, etwas resistenten, glatten, bräunlichen Bande umgeben war. Andere Symptome waren nicht vorhanden. Die Diagnose blieb lange Zeit in suspenso, bis etwa 1½ Jahre nach Beginn der Affektion eine neue Efflorescenz sich entwickelte, die als ein gelblich-braunes, stecknadelkopfgroßes Knötchen auftrat, sich langsam vergrößerte, im zentralen Teile resorbiert und genau den oben beschriebenen Prozeß der älteren Efflorescenzen durchmachte. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens ergab alle typischen Merkmale von Lupus vulgaris. Auch Tuberkelbacillen, wenngleich in sehr geringer Zahl, fanden sich in einzelnen Schnitten vor. Nunmehr lautete die Diagnose auf Lupus vulgaris annularis.

Der Verfasser bespricht eingehend an der Hand der Litteratur diesen in vieler Beziehung ungewöhnlichen Fall.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Bedeutung des Granulationsgewebes bei der Infektion mit pathogenen Mikroorganismen, von NICOLAUS AFANASSJEFF. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1896. No. 11 u. 12.) In einer vorläufigen Mitteilung berichtet Verfasser über Versuche, Tiere durch das Granulationsgewebe zu infizieren und die sich dabei abspielenden Vorgänge zu studieren. Er erzeugte granulierende Wunden, entweder durch wiederholtes Bestreichen frisch erzeugter Wunden mit Kollodium (Kaninchen, Meerschweinchen etc.), oder durch Einlegen von Glasstäbchen in dieselben (Hunde, Hammel). Parallelversuche an frischen, nicht granulierenden Wunden wurden stets angestellt. Benutzt wurden Milzbrandbacillen bei Hunden, Hammeln, Kaninchen, Meerschweinchen, weißen Mäusen, und Vibrio Metschnikoff bei Tauben und Hähnen.

Die Ergebnisse sind kurz folgende:

Durch das unbeschädigte Granulationsgewebe findet keine Allgemeininfektion statt. Die Bakterien dringen nicht in den Organismus ein, bleiben im Granulationsgewebe liegen.

Tiere, welche nach den Infektionsversuchen durch das Granulationsgewebe am Leben bleiben, sind immun gegen eine wiederholte Infektion mit vollvirulenten Kulturen vermittelt frischer Wunden.

Die aus dem Granulationsgewebe reingezüchteten Kulturen der vorher aufgetragenen vollvirulenten Bakterien erweisen sich nach 4—12 Stunden als mehr oder weniger abgeschwächt.

Unter Einfluß des Saftes des Granulationsgewebes findet eine Degeneration der Bakterien statt, der später eine Phagocytose folgt.

Es wäre auf Grund dieser Versuche ein neues, einfaches Mittel zur Immunisierung der Tiere und zur Abschwächung von Kulturen; damit zur Erzeugung eines Impfstoffes gegeben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Experimentelle Beiträge zu der Lehre von der Resorption, von STANISLAV RUVICKA. (*Wien. med. Bl.* 1895. No. 24—33.) Die Lösung der Frage, ob die Resorption auf bloßen physikalischen oder vitalen Prozessen beruht, oder inwieweit das eine und das andere an der Resorption beteiligt ist, steckte sich Verfasser vorliegender Arbeit zum Ziel. Er suchte diese Frage durch das Studium der Hautresorption beim Frosche zu beantworten. Es ist klar, daß diesem Studium eine weitere Bedeutung zukommen kann, denn die Resultate desselben könnten auch die Frage nach der Resorption im Digestionstraktus und nach der Lymphbildung dem Verständnisse näher bringen.

Bei der Resorption durch die Froschhaut kann es sich um folgende vier Prozesse handeln: um eine aktive Beförderung der Stoffe durch die Thätigkeit des Epithels, zweitens um eine Art von Ansaugung der Flüssigkeiten von der Hautoberfläche durch den lymphatischen Apparat (Filtration durch die Epithelschicht), drittens um Osmose und schließlich um Imbibition.

Verfasser kann nun auf Grund einer Reihe genauer, interessanter Experimente die Filtration und Imbibition ausschließen und schließt aus seinen Untersuchungen, daß es sich bei der Resorption durch die Froschhaut um eine Art von aktiver Beförderung der Stoffe durch Thätigkeit des Epithels in der Richtung zur Basis der Epithelialschicht und um osmotische Ströme handelt.

Die Angaben früherer Forscher, daß die Hautresorption beim Frosche bei aufgehobenem Blutkreislaufe und nach Zerstörung des zentralen Nervenapparates noch immer von statten geht, werden von dem Verfasser bestätigt.

Karl Ries-Stuttgart.

Die Experimente von LINossier und LANNOIS über die **Absorption der Medikamente durch die Haut** haben ergeben, daß flüchtige Körper, zumal solche, welche trotz ihres hohen Siedepunktes bei gewöhnlicher Temperatur eine gewisse Gasspannung besitzen, durch die gesunde Haut in einem Maße absorbiert werden können, welche die therapeutischen Dosen weit übersteigen. Diese Absorption ist eine ganz regelmäßige und unabänderlichen Gesetzen unterworfen. Was speziell das Guajakol und das Methylsalicylat anbelangt, auf welche Körper sich die Untersuchungen der Verfasser beziehen, so läßt sich ebenso gut, wie bei der innerlichen Darreichung eine genaue Dosierung der therapeutischen Wirkung erziehen, und zwar gestattet diese Art der Medikation die Einverleibung weit größerer Mengen, da die Intoleranz der Magenschleimhaut in Ausfall kommt. Dies dürfte besonders für das Salicyl von Bedeutung sein. (*Lyon méd.* 1896. No. 13.) *C. Müller-Wallisellen.*

Über die Resorption des Methylsalicylats durch die Haut, von CECONI und NALIN (*Rif. med.* 1896. No. 172.) Nach den Experimenten der Verfasser findet das Maximum der Salicylsäurelimination (bis 22%) durch den Urin nach Aufpinselungen von Methylsalicylat in den ersten 6—9 Stunden statt, je nach der Quantität des verwendeten Medikamentes. Um den Organismus unter beständiger Salicylwirkung zu erhalten, müssen die Aufpinselungen bei einer Dosis von 2,0 g Methyl-

salicylat alle 12, bei einer Dosis von 3—4 g alle 18—24 Stunden wiederholt werden. Angesichts der Flüchtigkeit des Präparates müssen zur Vermeidung von Verdunstung noch mehr Vorsichtsmafsregeln getroffen werden, als beim Guajakol.

C. Müller-Wallisellen.

Der Schlaf und seine Beziehungen zu Hautkrankheiten, von L. D. BULKLEY, (*Med. Record.* 1895.) Verfasser glaubt auf Grund vielfacher Beobachtungen häufig Beziehungen zwischen dem Schlaf und vielen Hautkrankheiten bemerkt zu haben.

Ursache von Störungen des Schlags bei Patienten, die an einer Hautkrankheit leiden sind:

- a) solche die auf die Verdauung zurückzuführen sind;
- b) toxische;
- c) von seiten des Cirkulationsapparates;
- d) nervöse;
- e) psychische;
- f) von seiten der Haut.

Diesen Ursachen der Schlafstörung sollte man stets nachforschen und sie beseitigen, weil unvollkommener Schlaf manche Hautkrankheiten (?) hervorruft oder verschlimmert.

In Fällen, wo die Schlaflosigkeit durch eine Hautkrankheit bedingt ist, muß man durch lokale und innere Behandlung die Hautkrankheit und dadurch die Schlaflosigkeit beseitigen, bevor man zu Narkotik greift. Diese darf man nur geben, wenn die Schlaflosigkeit von Schmerzen herrührt, die mit der Hautkrankheit in Zusammenhang zu bringen sind, dagegen sind sie zu verwerfen, wenn Jucken die Schlaflosigkeit bedingt.

Karl Ries-Stuttgart.

Über Rheumatoiderkrankungen spricht GERHARDT auf dem XIV. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden. (Nach *Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 17.) Das Wesen des akuten Gelenkrheumatismus ist zur Zeit noch unbekannt. Es hat sich keine einheitliche Auffassung des Infektionserregers bisher ermitteln lassen. Man beobachtet unechte Formen eines Gelenkrheumatismus bei einer Reihe ganz verschiedenartiger Erkrankungen als Komplikationen, z. B. bei den akuten Exanthemen, bei Typhus, Dysenterie, Blennorrhoe, Scarlatina, Pneumonie, Bronchiektasie, Hämophilie, Purpura, Skorbut bei verschiedenen Hautkrankheiten, bei Erythema polyforme, Psoriasis, Urticaria und Syphilis. Diese Gelenkerkrankungen verlaufen bald fieberfrei, bald mit leichterem oder höherem Fieber. Drei Hauptformen sind zu unterscheiden: Gelenkschmerzen, Gelenkschwellung und — Entzündung und Gelenkeiterung, dazu kommen gelegentlich Ansammlungen größerer seröser Ergüsse in den Gelenken, Knocheneiterung und Periostitis. Verschiedentlich hat man die krankmachenden Spaltpilze der Grundkrankheit auch in den erkrankten Gelenken nachgewiesen, wie z. B. bei der Blennorrhoe und der Pneumonie, bei der Diphtherie und dem Erysipel. Wahrscheinlich lassen sich auch die Typhusbacillen in den nach Typhus auftretenden Gelenkerkrankungen nachweisen. Diese metastatischen Gelenkaffektionen zeigen unter sich wenig Übereinstimmung, mehr schon aber immer bei ein und derselben Krankheit, so die Tripperrheumatismen und die Scharlachrheumatoide, welche jede für sich ziemlich charakteristisch sind. Als Kennzeichen für diese unechten Gelenkrheumatismen hat man hervorgehoben, daß sie das Herz nicht schädigen. Für einzelne dieser Erkrankungen ist das auch aufrecht zu erhalten, für die Trippergicht aber gerade das Gegenteil mit Sicherheit nachgewiesen, und auch das Scharlachrheumatoid verbindet sich sehr häufig mit Herzaffektion. Es ist auch unrichtig, daß die Rheumatoiderkrankungen durch Salicyl, Antipyrin und die übrigen Antipyretica

nicht beeinflusst werden sollen. Zunächst erweist sich das Salicyl in $\frac{1}{6}$ der Fälle von echtem, akutem Gelenkrheumatismus als unwirksam und in einem weiteren Drittel der Fälle als nicht ausreichend. Diese Mittel entfalten aber gerade bei manchen der unechten Gelenkrheumatismen eine günstige, bei anderen sogar durchgehend eine gute Wirkung. Die Charakterisierung einer Krankheit nach der Wirkung eines Mittels auf dieselbe ist überhaupt ein anfechtbares Beweismittel. Bei den einzelnen Erkrankungen sind die Gelenke in verschiedener Weise beteiligt. Bei der Trippergicht hauptsächlich die Kniee, beim Typhus hauptsächlich die Hüfte. Der Vortragende spricht nun im einzelnen diese Erkrankungen durch. Hier seien nur seine Bemerkungen hinsichtlich des Tripperrheumatismus wiedergegeben. Es ist festgestellt, daß manche Kranke bei jeder Blennorrhoe von neuem einen Gelenkrheumatismus erwerben. Dieser ist beim Manne nur anscheinend häufiger, als bei der Frau, bei welcher sich die Blennorrhoe oft der Entdeckung entzieht. In G.'s Klinik hatten 7,3% aller Kranken mit Gelenkrheumatismus einen Tripper gehabt. Bei den Gelenkerkrankungen nach Syphilis sind nur Quecksilber und Jod wirksam.

In 21% der Fälle konnte auf der Klinik des Vortragenden das Vorkommen von Angina bei akuten Gelenkrheumatismen festgestellt werden. Es handelt sich meist um eine leichte Form, die in kurzer Zeit spontan abläuft. Es ist fraglich, ob es sich um reine bakterielle Metastasen von den Tonsillen aus handelt, denn es könnten auch toxische Gelenkerkrankungen sein, wie wir sie gelegentlich nach Injektionen mit Diphtherieheilserum auftreten sehen. Es giebt Rheumatoiderkrankungen, die nichts mit Bakterienwirkung zu thun haben. Die Gelenkrheumatismen bei Angina sind als echte und nicht als metastatische zu betrachten. *H. Einhorn-München.*

Die Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger Dermatosen, von N. BARRUCCO. (Bologna 1894.) BARRUCCO hat ein neues Ästhesiometer konstruiert, welches gleichzeitig die Schmerzempfindung (mittelst einer Spitze) und die Druckempfindung (von 1—1000 g, mittelst Platte) genau graduirt, sodafs das Instrument also zugleich Ästhesiometer und Barästhesiometer wäre. Dasselbe soll nun in Fällen von Hautkrankheiten darüber aufklären, ob diese idiopathisch oder symptomatisch, ob primär oder sekundär, ob sie die Ursache, die Folge oder konkomitierende Erscheinung der gestörten Sensibilität sind; es soll uns genauen Aufschluß geben über die Fortschritte der Anästhesie (resp. Analgesie) von Tag zu Tag, resp. über deren Wendung zum besseren (Syphilis, Lepra). Eine besondere Wichtigkeit schreibt er der Ästhesiometrie zu bei der Differentialdiagnose zwischen der Lepra und einer Reihe anderer Dermatosen, welche mit ihr verwechselt werden könnten (Lupus erythematosus, Malaria, Syphilis maculosa, Acne rosacea hypertrophica, etc. etc.). *C. Müller-Wallisellen.*

REMLINGER betont die Wichtigkeit häufiger Bäder zur **Verminderung der Mikroorganismen der Hautoberfläche** und zur Erlangung möglicher Asepsis derselben. Die Entstehung einer ganzen Reihe von Dermatosen (Impetigo, Ekthyma, Furunkel, gewisse Follikulitiden) läßt sich mit Sicherheit auf die Wirkung von Staphylokokken zurückführen. Andererseits dürfen aber andere Mikroorganismen, die als nicht pathogen gelten, keineswegs als völlig unschuldig betrachtet werden, indem sie zum Teil auf mechanischem Wege die Hautfunktion beeinträchtigen (Verschluß der Drüsenausführungsgänge und daraus resultierende Verminderung des Gasaustausches — QUINQUAUD). (*Indépendance méd.* 1896.) *C. Müller-Wallisellen.*

Über das Vorkommen von Schimmelpilzen bei Syphilis, Carcinom und Sarkom von JOSEF KREMER. (*Centr. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1896. No. 2 u. 3.) Auf der Naturforscherversammlung in Wien 1894 berichtete der Verfasser über den Befund

von Schimmelpilzen bei Syphilis, Carcinom und Sarkom. In vorliegender Arbeit giebt er die Ergebnisse der weiteren eingehenden Untersuchungen wieder. Er schildert genau die Befunde, die Polymorphie der gefundenen Pilze und die Züchtungsversuche, welche ergeben, daß die verschiedenen Formen der bei Syphilis gefundenen pflanzlichen Parasiten alle einer Aspergillusart angehören. Durch Umzüchtung kann man eine Form aus der anderen erhalten. Er bezeichnet diesen bei sieben Fällen als identisch befundenen Pilz als Syphilis-Aspergillus, ohne der ätiologischen Beziehung zu präjudizieren, da positive Impfversuche nicht vorliegen. Ebenso fand er einen Carcinom-Aspergillus und Sarkom-Aspergillus. Die Abgrenzung ist beim Mangel spezifischer Färbungsmethoden und der schwierigen Beurteilung der geringen morphologischen Differenzen keine leichte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Röntgenstrahlen und reflektiertes Sonnenlicht, von R. BOWLES. (*Camera club Journ.* April 1896.) Zur Vermeidung der irritierenden Wirkung der Sonnenstrahlen auf Schneeflächen hat Verfasser an sich selbst und zahlreichen anderen Personen in der Weise experimentiert, daß er die Gesichtshaut braun bestrich. Das Resultat hiervon war, daß die so behandelten Personen im Gegensatz zu den anderen regelmäßig keine Wirkung der Bestrahlung verspürten. Diese Thatsache führte B. auf den Gedanken, daß die rasch eintretende Braunfärbung auf Schneefeldern (besonders bei frisch gefallenem Schnee), wie dies an den Kurgästen von Davos, an Gletscherbesteigern, sowie an der Holzfassung der Berghütten beobachtet wird, als ein physiologischer Vorgang zu betrachten sei, wobei die Natur vorsorglich und schützend eintritt: durch das reichlich aus der Cutis in die Epidermis aufsteigende Pigment werden Nerven und Gefäße gegen die Einwirkung des Lichtes gedeckt. Die hierbei am meisten wirksamen Strahlen des Sonnenspektrums sind die violetten und ultravioletten, während die Hitze als solche kaum in Betracht kommt, indem trotz lebhaftem Kältegefühl die entzündlichen Erscheinungen auf der Haut eintreten, ja in dichtem Nebel sogar noch intensiver. Die durchsichtige Epidermis spielt bei diesen Vorgängen die Rolle des Glases, indem es den Lichtstrahlen den Durchtritt zu den Nerven und Gefäßen gewährt, wo sie dann zerlegt werden und dunkle oder lange heiße Strahlen abgeben, welche ihre reizende Wirkung auf diese Organe ausüben. Gestützt hierauf betrachtet B. die RÖNTGENSchen X-Strahlen als durch Reflexion modifizierte gewöhnliche Lichtstrahlen.

C. Müller-Wallisellen.

Zur Behandlung der lymphatischen Anämie, von L. FÜRST. (*Der ärztl. Prakt.* X. Jahrg. No. 11.) Verfasser empfiehlt außer entsprechender Diät und Hygiene wöchentlich drei warme Bäder von 20 Minuten Dauer (27° R.), mit MATTONIS Moorsalz ($\frac{1}{2}$ —1 kg). Nach dem Bade wird der Körper mit Franzbranntwein und Salz (je ein Eßlöffel auf 1 l stubenkalten Wassers) frottirt. Dann eine Stunde Bettruhe. Die Drüsen werden abends mit Jodvasogen eingerieben. Im Winter früh und abends ein Eßlöffel Jodeisenleberthran (LAHUSEN), im Sommer wird Liq. ferro-manganic. jodopeptonat (HELFENBERG) früh und abends ein Eßlöffel mit ebenso viel Tokayer vermischt. Im Sommer folgt ein Aufenthalt in Tannenwald- und Gebirgsluft.

A. Strauß-Barmen.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über den Gonococcus in der gerichtlichen Medizin, von P. SIMON. (Nach *Ann. des mal. d. org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Anknüpfend an einen Fall aus der eigenen Praxis, in welchem ein non liquet ausgesprochen werden mußte, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Die bakteriologische Untersuchung auf Gonokokken darf oft nur ein schwacher Behelf sein. Hätte man übrigens in einem Scheidenausfluß Gonokokken gefunden, die nach Form, Färbung und Kultur unzweifelhaft charakteristisch wären, so bliebe doch noch übrig, die Frage aufzuwerfen, ob indirekte oder zufällige Ansteckung vorliege. Für gewisse Autoren erscheint diese als Regel, das Verbrechen als Ausnahme.

Neuhaus-München.

Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Blennorrhoe, von F. KIEFER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 28.) Verfasser demonstriert an Zeichnungen die frappante Ähnlichkeit des Meningococcus (WEICHSELBAUM) mit dem Gonococcus: Form, intracelluläre Lagerung ist dieselbe; auch läßt sich bei beiden Kokken ein heller Hof darstellen, der eine Kapsel vortäuscht, und den Verfasser als eine schleimige Sekretionsschicht der Stoffwechselprodukte des betreffenden Coccus ansieht. Das tinktorielle Verhalten, Entfärbung nach GRAM, ist auch das gleiche. Grundverschieden ist dagegen das Verhalten beider Kokken auf künstlichen Nährböden. Während die Kulturen des Gonococcus graudurchscheinend sind, wenig Tendenz zu flächenhafter Ausdehnung zeigen, sind die des Meningococcus weißlichtrübe, von perlmutterartigem Glanze und zeigen erhebliche Neigung zur Konfluenz. Verfasser acquirierte beim Arbeiten mit den Meningokokken eine starke eiterige Rhinitis, aus deren Sekret sich der Meningococcus züchten liefs. Vielleicht wirft diese Mitteilung ein Licht auf die Ätiologie der blennorrhöisch genannten Erkrankungen von Nase, Ohr, Mundschleimhaut und klärt die Widersprüche über Gonokokkenzüchtung.

F. Hahn-Bremen.

In seinen Untersuchungen über die Reaktion des blennorrhöischen Eiters und der Harnröhrenschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gonococcus kam COLOMBINI zum Resultate, daß diese Reaktion ohne den geringsten Einfluß bleibt, sowohl auf den Verlauf der Blennorrhoe als auf die Behandlung derselben, indem sich die Gonokokken, sowohl in einer konstant alkalisch reagierenden Urethra, als auf künstlichen, sauren Nährböden entwickeln und vermehren. (*Giorn. intern. d. sc. med.* XVIII. Jahrg. pag. 481.)

C. Müller-Wallisellen.

Eine neue Methode zur Färbung der Bakterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat, von LUDWIG PICK und JULIUS JACOBSON. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 36.) Verfasser haben gefunden, daß ein Gemisch zweier basischer Anilinfarben am brauchbarsten für die Färbung sind und wenden eine Kombination von Gentianaviolett und Methylenblau und eine solche von Methylgrün und Dahlia an.

Zu 20 ccm destillierten Wassers werden nacheinander 15 Tropfen Karbolfuchsin (ZIEHL) und 8 Tropfen konzentrierte alkoholische Methylenblaulösung hinzugefügt; damit ist die Mischung sofort gebrauchsfertig. Sie erscheint in exquisiter Mischfarbe, dunkelblaurot, ziemlich dünn. Zur Färbung wird das in der üblichen Weise hergestellte Deckglas- oder Objektträger-trockenpräparat mit einigen Tropfen der Farblösung 8—10 Sekunden beschickt und kurz mit Wasser abgespült. Die angetrocknete Schicht erscheint jetzt fuchsinrot mit leichtem bläulichen Schimmer. Dann wird getrocknet, eventuell zieht man das Präparat mit nach oben gerichteter Schicht dazu einige Male durch die Flamme. Sämtliche vorhandene Bakterien, ausgenommen die schwer färbbaren (Tuberkel-Leprabacillen und Bacillensporen) erscheinen unter schärfster Konturierung stets tiefblau, die Zellkerne hellblau, öfters mit leichter rötlicher Beimischung, Zellprotoplasma, Schleim, nekrotische Zellelemente etc. in heller

Fuchsinfarbe, der Zelleib der Deckepithelien besonders leuchtend rot. Gewisse Arten von Mikroorganismen zeigen eine ganz besonders dunkle, dunkelblauschwärzliche Färbung, die bei sekundenlanger Einwirkung momentan auftritt. Die Farbenkontraste in den der Vorschrift entsprechend gefärbten Präparaten sind außerordentlich augenfällige und darin liegt der Hauptvorzug des Verfahrens vor der einfachen Färbung, indem intracelluläre oder intranukleäre Bakterien leicht wahrgenommen werden. Diese Färbung ist deswegen für den Gonococcus Neisser sehr charakteristisch, indem er zu den mit dem Fuchsinmethylenblaugemisch besonders gierig und schwärzlich färbenden Bakterien gehört. Besteht eine Mischinfektion oder sind, wie bei der Blennorrhoe der Frau, noch Bakterien anderer Art vorhanden, so bietet die dunklere Farbe der dick und klumpig erscheinenden semmelförmigen Gonokokken gegenüber der gesättigt blauen der anderen Bakterien eine sichtliche Differenz. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Züchtung des Gonococcus in Reinkulturen an Tieren, berichtet HELLER. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1896. No. 57.) Dem Vortragenden ist die Seltenheit der Blennorrhoea conjunctivae bei mit Blennorrhoe behafteten Erwachsenen aufgefallen, während Kinder doch bekanntlich sehr zu ersterer disponieren. Er schloß daraus, daß das jugendliche Alter dabei von Bedeutung sein muß und versuchte deshalb auch die Reinkultur des Gonococcus an Tieren positiv zu gestalten durch Benutzung neugeborener Kaninchen, denen unter aseptischen Maßnahmen Gonokokkenkulturen in die Conjunctiva gebracht wurden. Die Augen wurden dann durch Heftpflaster und Kollodium geschlossen. Wirklich entstanden in den 45 Fällen Conjunctivalblennorrhoeen, die in drei Fällen zu tiefen Cornealgeschwüren führten. Bemerkenswert ist, daß bei den Tieren die Gonokokken keine so große Neigung zeigen, von den Zellen aufgenommen zu werden; sie liegen ebenso oft extracellulär wie intracellulär. Aus dem Eiter der Kaninchen Reinkulturen nach dem KIEFERSCHEN Verfahren zu gewinnen, gelang aber nur in einem Falle.

MAX WOLFF bezweifelt die Gonokokkennatur der vorgezeigten Präparate, da die charakteristische Semmelform fehlt und die intracelluläre Lage vermisst wird.

HELLER erkennt dieses an, hält aber den Beweis für erbracht, daß man bei Tieren ein der menschlichen Blennorrhoe entsprechendes Krankheitsbild erzeugen kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kulturen von Gonokokken. (*Hosp. Tid.* 1896. No. 15.) Dr. NICOLAYSEN benutzt als Nahrungssubstrat für Gonokokken eine Mischung von 2% Agar mit 1% Pepton, welches er sterilem pleuritischen Serum zusetzt. Der flüssige Agar wird bei 50° mit dem Serum gemischt und in PETRISCHE Schalen gegossen; nach der Abkühlung wird der blennorrhoeische Eiter mit einer Platinnadel auf die Platte gestrichen. 24—48 Stunden später erscheint ein reichliches Wachstum von Kolonien mit den für Gonokokken beschriebenen Charakteren, bisweilen fast in Reinkultur. Die Gonokokken lassen sich auf diesem Nährboden, so lange man will, fortpflanzen.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über blennorrhoeisches Fieber hielt RÓNA einen Vortrag in der ungarischen k. Gesellschaft der Ärzte in Budapest (Sitzung vom 29. Februar 1896.) Verfasser benutzte das Krankenmaterial seiner Männer-Krankenabteilung vom Jahre 1894—1895, deren Zahl 328 war, die teils an akuter, teils an subakuter Blennorrhoe litten. Von diesen waren 101 fieberhaft, das Fieber konnte stets auf eine Komplikation der Blennorrhoe zurückgeführt werden und zwar Epididymitis, Funiculitis, Spermato-cystitis, Prostatitis, Periurethritis, Cystitis und Lymphangitis penis. In 5 Fällen anderweitige fieberhafte Erkrankungen, in 5 Fällen genitale Tuberkulose. In 4 Fällen

konnte weder eine lokale, noch eine anderweitige Ursache konstatiert werden. Von diesen 4 Fällen war beim 1. Falle zwei Tage hindurch ein subfebriler Zustand eingetreten, beim 2. Falle ein Tag, beim 3. Falle drei Tage anhaltendes leichtes Fieber, beim 4. Falle acht Tage anhaltendes remittierendes leichtes Fieber und vier Tage subfebriler Zustand. Im „öffentlichen Ambulatorium“ wurde die Temperatur bei 50 mit akuter Blennorrhoe behafteten Individuen genau kontrolliert, von denen 7 lokale Komplikationen hatten, bei 2 die Ursache des Fiebers nicht eruirt werden konnte. Es waren daher von 378 Kranken 110 fieberhaft und bei 6 von diesen 110 Fiebernden konnte die Ursache des Fiebers nicht ermittelt werden.

Diese Untersuchungen ergaben, dafs bei den an Blennorrhoe erkrankten Männern die Ursache des Fiebers in der gröfsten Zahl der Fälle die lokalen Komplikationen verursachen, dafs in den ersten Wochen der männlichen Urethralblennorrhoe Fieber auftreten kann ohne Zeichen der lokalen Komplikationen, sogar ohne dafs der Kranke oder der Arzt Kenntnis davon hätte, wenn nicht pünktliche Temperaturmessungen vorgenommen worden wären und dafs blofs in einer verhältnismäfsig geringen Anzahl der Fälle Fieber auftritt, bei denen weder ein lokaler, noch ein entfernterer komplikativer Prozefs nachzuweisen ist.

Und gerade diese seltenen Fälle sind diejenigen, denen wir eine gröfsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen. Klinisch sind diese Fälle noch schwerer definierbar, indem sich dazugesellende abortive oder unregelmäfsig verlaufende infektiöse Erkrankungen (Influenza, Typhoid, ephemäres Fieber, Malaria, urethrales Fieber), Gastricismus, verborgene Phlebitis selbst bei gewissenhaftester Kontrolle oft sehr schwer sicher auszuschliessen sind. Verfasser will nun von seinen Beobachtungen weder pro noch contra einen sicheren Schlufs folgern, er wollte blos die Thatsache registrieren und die Aufmerksamkeit darauf lenken. In diesen Fällen würde er nur dann eine vorübergehende allgemeine Gonokokkeninfektion, also ein genuines blennorrhoidisches Fieber sicher annehmen, wenn in solchen Fällen das Blut auf Gonokokken untersucht werden möchte, und positive Resultate ergeben möchte.

Diskussion. HAVAS wünscht nur bezüglich der 6 Fälle, bei denen Vortragender Fieber 38—38,8° gefunden hat, eine Bemerkung hinzuzufügen. Bekanntlich giebt es Individuen, die auf blofsen Schreck Fieber bekommen, bei denen unter ungewöhnlichen Verhältnissen ohne jedwede Läsion die Temperatur mit 1—1,5° steigt. Dies beruht im Sinne SAMUELS auf nervöser Basis (Febris simplex). Er möchte dieses Fieber nicht als blennorrhoidisches Fieber betrachten, sondern im Sinne SAMUELS, und nur in dem Falle, wenn dasselbe eine längere Zeit ohne Komplikation vorhanden ist.

FELEKI kann sich mit den Deduktionen des Vortragenden nicht einverstanden erklären.

Verfasser beruft sich auf vor Jahren erschienene Arbeiten, in denen das bei der Blennorrhoe aufgetretene Fieber auf unbekannte Ursachen zurückgeführt war. Heute sind uns die Ursachen des Fiebers bekannt, indem selbige Begleiterscheinungen benachbarter oder entfernter gelegener komplikativer Prozesse sind. Die Statistik von FRERAKI kann nicht ernst genommen werden, bei seinen 50 Fällen waren $\frac{2}{3}$ fieberhaft; indem er aber rektale Messungen vorgenommen hat, also in der Nähe des Entzündungsherd, läfst sich ja leicht die geringe Temperatursteigerung erklären. Was die 6 Fälle des Vortragenden anbelangt, bei denen er die Ursache des Fiebers nicht eruieren konnte, war dasselbe bei 4 so geringe, dafs es vielleicht doch auf ganz andere nicht im Zusammenhange stehende Ursachen zurückgeführt werden könnte. Nebstdem sind die Fälle nicht genügend lang beobachtet. Dies alles und die zusammengestellte Statistik beweisen eben, dafs diejenigen nicht Recht haben, die da sagen, dafs auch ohne nachweisbare Ursache ein blennorrhoidisches Fieber vorhanden

sein kann. In der Regel kann die Ursache des Fiebers eruiert werden und nur sehr selten gelingt dies nicht, wie dies auch die wenigen von den vielen Fällen des Vortragenden bewiesen haben.

RÓNA entgegnet nur auf die Bemerkung von HAVAS, daß er durch Schreck verursachtem Fieber keinen Glauben schenkt; ein solches Fieber hat er noch nie beobachtet. Er wollte nur nachweisen, daß genaue Untersuchungen uns lehren, daß das Fieber auf Komplikationen zurückzuführen ist und nur in einzelnen Fällen nicht. Auf die Bemerkung von FELEKI, daß Verfasser sich auf alte Autoren beruft, kann er nur erwidern, daß deren Daten mit den heutigen übereinstimmen. So haben LEBER 1875, FINGER 1892, MAX v. ZEISSL 1894 ähnliche Daten geliefert, er wollte nur damit andeuten, daß auch diese bei nicht komplizierter Blennorrhoe Fieber gefunden haben. Zur Zeit wissen wir bereits, daß Gonokokken in die Blutbahn dringen, komplikative Erkrankungen nicht verursachen, aber eine allgemeine Infektion herbeiführen können. Wenn wir nun die Ursache des Fiebers nicht nachweisen können, müssen Blutuntersuchungen gemacht werden, welche den Nachweis der Gonokokken führen sollen.

A. Aschner-Budapest.

Die Bakteriurie als Komplikation der blennorrhoeischen Erkrankung, von M. SCHLIFKA. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 13.) Verfasser bespricht speziell jene Bakteriurie, die man häufig im Gefolge des blennorrhoeischen Prozesses auftreten sieht. Ist die instrumentelle durch Bakterien verursachte Infektion in der Anamnese ausgeschlossen, so ist die Möglichkeit für deren Einwanderung in die Blase: 1. per urethram, 2. von benachbarten Organen gegeben, entweder durch direkte Kommunikation der Prostata mit dem untersten Darmabschnitte oder auf dem Wege der Lymphbahn. Die Bakteriurie wird zumeist durch das *Bacterium coli commune* hervorgerufen, dessen Ansiedelung leichter geschehen kann, wenn eben das subepitheliale und submuköse Gewebe infolge der Blennorrhoe verändert ist, oder der hintere Abschnitt der Harnröhre steht in direktem Zusammenhang mit dem untersten Darmabschnitte infolge von ausgedehnterem Zugrundegehen des Prostataparenchyms oder wenn kleine Drüsenanteile an der Peripherie der Prostata abscedieren.

Unter die Beschwerden, welche die Bakteriurie verursachen kann, sind einerseits die lokalen zu rechnen, indem ohne vorherigen Excess und schon nach langer Zeit versiegter Sekretion sich plötzlich aus der vorderen Harnröhre ein dickrahmiger Ausfluß zeigt, in welchem mikroskopisch die vollständige Abwesenheit von Gonokokken und nur massig *Bacterium coli* nachzuweisen ist. Andererseits die allgemeinen, indem sich in manchen Fällen ein kontinuierlicher oder zeitweise auftretender Fieberzustand entwickelt, verbunden mit großer körperlicher Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Übelbefinden und Brechreiz.

Die beste Prognose quoad restitutionem ad integrum geben jene Fälle, in denen die Blase allgemein infiziert ist. Die lokale Behandlung der Bakteriurie besteht in Einträufelungen konzentrierter Silbernitratlösungen in die Blase und Pars prostatica mit vorhergehender Expression der Prostata. Innerlich können Salicylsäure und deren Derivate gereicht werden.

A. Aschner-Budapest.

Blennorrhoeische Entzündung, von HERBERT J. HOPKINS. (*Med. Record.* 23. Mai 1896.) Eine kurze Besprechung der blennorrhoeischen Erkrankung der Conjunctiva und der Harnröhre ohne neue Gesichtspunkte.

J. Appel-Altona.

Verschiedenes.

Die neue Prüfungsordnung für Mediziner. Besprechung und Vorschläge, von C. HASSE. (Bergmann, Wiesbaden 1896.) Die Veröffentlichung der Ergebnisse der kommissarischen Beratungen über die Revision der medizinischen Prüfungsordnung geben dem Verfasser den Anstoß zu den vorliegenden Betrachtungen. Er acceptiert die Verlängerung der Studienzeit, die obligatorische, einjährige Krankenhausthätigkeit nach dem Staatsexamen, die Forderung einer zweijährigen spezialistischen Studienzeit für Spezialärzte, die Aufnahme der Psychiatrie etc. Seine besonderen Wünsche gehen darauf hinaus, eine naturwissenschaftliche, eine ärztliche Vorprüfung und eine ärztliche Prüfung zu verlangen, d. h. den Studiengang zu gliedern in einen naturwissenschaftlichen von zwei, einen anatomisch-physiologischen von drei und einen klinischen Abschnitt von fünf Semestern. Dagegen soll die Prüfung in Anatomie und Physiologie bei der ärztlichen Prüfung fortfallen, während die topographische Anatomie in derselben eine Stelle erhält. Schließlich betont der Verfasser die Notwendigkeit des Nachweises einer Ausbildung auf dem Gebiete der socialpolitischen Gesetzgebung, den Nachweis einer Ausbildung auf dem Gebiete der Unfälle, der Invalidität und deren Beurteilung mit Bezug auf Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Kurze Beschreibung einer Hauttransplantation nach THIERSCH in einem Falle von hochgradiger Ulceration der Haut des Vorderarmes nach ausgedehnter Laugenverbrennung; ungestörte Heilung. R. MENDER. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 24.)

H. Einhorn-München.

Das Berliner Polizeipräsidium veröffentlicht eine Anzahl Analysen von Geheimmitteln, von denen uns die folgenden interessieren dürften:

Kneifels Haarwuchstinktur: Ätherische Öle, Extraktstoffe von Zwiebeln und Chinarinde.

Lewinsons Mittel gegen Fußschwefß: Eisenchloridlösung.

Musiker Ranebergs Mittel gegen Fußschwefß: Boraxlösung (1%) mit Benzoë- und Myrrhentinktur.

Masseur Schallers Flechtensalbe: Bleipflaster mit Muskatbalsam. Desselben Tropfen: Rhabarberwein mit Tinct. aromatica. Desselben Einreibung: Ätherische Chloroformlösung.

Anna Rupperts Schönheitsmittel (Skintonic): Quecksilberchlorid (0,36%) und Glycerin.

Gebhards Schönheitsextrakt: Glycerin und Ricinusöl.

Lewinsons Flechtensalbe: Bleiweiß, Quecksilberpräcipität, ätherische Öle. (*Pharm. Centralhalle.* 1896. No. 46.)

Inguinale und skrotale Cysten bei Kindern, von TH. MANLEY. (*Amer. med.-surg. bull.* 12. Sept. 1896.) Genaue Darstellung des Mechanismus ihrer Entstehung, ihrer Komplikationen mit Netz- und Darmhernien und der Behandlung. Vor operativem Eingreifen hygienische Maßnahmen, bei Verdacht auf Lues spezifische Therapie, bei Mucocelen des Samenstranges Druckverband.

H. Einhorn-München.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europphen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata.
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europphen, Acid. boric.
pulv. a. p. aequ.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

Argonin

bewährtes Mittel gegen Gonorrhoe.

Argonin wurde von einer Reihe angesehenen Dermatologen geprüft. Es ist **das einzige Mittel**, welches in **kurzer Zeit** die **Krankheitserreger der Gonorrhoe beseitigt**, ohne die Schleimhaut der Harnröhre zu reizen. **Völlig unschädlich, schmerzlos.**

Anleitung zur Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin sowie Proben stehen Aerzten und Apothekern gratis zur Verfügung.

[401.]

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschienen:

Allgemeine und specielle

BALNEOTHERAPIE

mit Berücksichtigung der

Klimatotherapie

von Dr. Karl Grube.

1897. gr. 8. Preis 7 Mark.

Allgemeine Brunnendiätetik.

Anleitung zum Gebrauch

von Trink- und Badekuren

von

Dr. J. Beissel, Kgl. Badeinspector in Aachen.

1897. 8. 2 M. 40 Pf.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

Repetitorium der Chemie.

Von

Dr. Carl Arnold.

Siebente, vermehrte und ergänzte Auflage.

Preis gebunden M. 6.—.

Die Praxis des Chemikers.

Von

Dr. Fritz Elsner.

Sechste, umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Mit 169 Abbildungen und zahlreichen Tabellen.

Preis broschiert M. 12.50, gebunden M. 14.50.

Arbeitsmethoden

für organisch-chemische Laboratorien.

Von

Dr. Lassar-Cohn.

Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage.

Mit 42 Figuren im Text. M. 7.50.

J O D O L

D. R.-P. 35130.

Bester Jodoformersatz — geruchlos und nicht giftig. Mit Erfolg angewandt gegen syphilitische Erkrankungen aller Art und empfohlen durch erste Autoritäten.

Alleinige Fabrikanten

Kalle & Co., Biebrich a/Rh.

Zu beziehen

in Originalverpackung durch alle Droguenhäuser und Apotheken.



Ichthyol

wird mit Erfolg angewandt:

bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Gonorrhoe**, bei **Krankheiten der Haut**, der **Verdauungs- und Circulations - Organe**, bei **Lungen-Tuberculose**, bei **Hals-, Nasen- und Augen-Leiden**, sowie bei **entzündlichen und rheumatischen Affectionen** aller Art, theils in Folge seiner durch **experimentelle und klinische Beobachtungen** erwiesenen **reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften**, andernteils durch seine **Resorption befördernden** und den **Stoffwechsel steigenden Wirkungen**.

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten aufs wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

**Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermann & Co.,
Hamburg.**

Verlag von **Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.**

Gesundheitspflege im Mittelalter.

Kulturgeschichtliche Studien nach Predigten des 13., 14. und 15. Jahrhunderts.

Von

Dr. med. et phil. **L. Kotelmann,**

Augenarzt in Hamburg.

M. 6.—.

Die Geschichte der Tuberkulose.

Von

Dr. med. **August Predöhl,**

Assistenzarzt am Allgemeinen Krankenhause in Hamburg.

M. 12.—.

Geschichte des Hamburger ärztlichen Vereins und seiner Mitglieder.

Festschrift zum 80jährigen Stiftungsfeste.

Von

Dr. **J. Michael.**

Mit 36 Photolithographien auf 21 Tafeln.

M. 8.—.

Lanolinum puriss. Liebreich

wasserfrei und wasserhaltig
in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

Adeps lanæ B. J. D.

wasserfrei und wasserhaltig,
hellfarbig, frei von Geruch, fettsäurefrei, manganfrei und nicht klebrig.

Benno Jaffé & Darmstaedter,
Lanolinfabrik, Martinikenfelde bei Berlin.

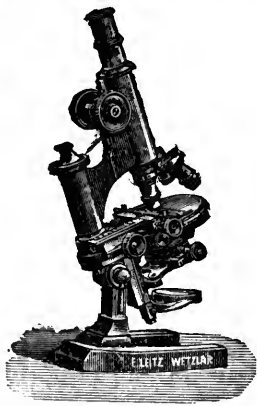
Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Lepra.

Leprastudien. Von Prof. Dr. E. Baelz (Tokio), Prof. Dr. E. Burow (Königsberg), Dr. P. G. Unna (Hamburg) und Dr. A. Wolff (Strassburg). Mit neun Abbildungen in Lichtdruck. M. 6.—.

Die Lepra-Bacillen in ihrem Verhältnis zum Hautgewebe. Von Dr. P. G. Unna. — Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra. Von Dr. Adolf Lutz. — Mit einer chromolithographischen Tafel und einer Abbildung in Holzschnitt. M. 5.—.

Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von generalisierter tuberöser Lepra, mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Von Dr. M. Nonne. Mit zwei Tafeln. M. 2.50.



E. LEITZ

Wetzlar.

Filialen: Berlin N.W., Luisenstrasse 29,
New York 411 W., 59 Str.

Mikroskope

**Mikrotome, Lupen-Mikroskope,
Mikrophotographische Apparate.**

Über 38 000 Leitz-Mikroskope im Gebrauch.
Deutsche, englische und französische Kataloge No. 36 kostenfrei.

Laboratoriums-Mikroskop nach Dr. P. G. Unna: Stativ mit engl. Fuss, festem Tisch, Federklemme, Mattscheiben. Objectiv 3, 6 und $\frac{1}{12}$ Oel-Im. Oculare I, III, V etc. M. 355.

Soeben erschien:

Band I.

Heft 1.

Mitteilungen

aus den

Hamburgischen Staatskrankenanstalten

herausgegeben von

Professor Dr. LENHARTZ, Direktor des Alten Allgemeinen Krankenhauses,
Professor Dr. RUMPF, Direktor des Neuen Allgemeinen Krankenhauses,
sowie den Ärzten der Anstalten

unter Redaktion von

Professor Dr. RUMPF in Hamburg - Eppendorf.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Die *Mitteilungen* Band I. bilden gleichzeitig den wissenschaftlichen Teil der *Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten* Band V.

Die *Mitteilungen* erscheinen in zwanglosen Heften.

Inhalt von Heft 1:

Zur Einführung. Von Prof. Dr. RUMPF. S. 1.

Carl Eisenlohr †. Von Dr. NONNE. S. 3.

Die Ergebnisse der Diphtheriebehandlung mit Behring'schem Heilserum im Neuen Allgemeinen Krankenhause. Von Prof. Dr. RUMPF und Dr. BIBLING. S. 20.

Carcinome in den ersten beiden Lebensdecennien. Von Dr. DE LA CAMP. S. 41.

Über einen tödlich verlaufenen Fall von Myoma ventriculi. Mit einer Abbildung im Text. Von Dr. KEMKE. S. 54.

Über multiple narbige Dünndarmstrikturen. Mit zwei lithographischen Tafeln. Von Dr. EUG. FRAENKEL. S. 61.

Ein Beitrag zur klinischen Symptomatologie der Hirn-Sinus-Thrombose. Von Dr. NONNE. S. 75.

Zur Kasuistik später Folgen verschluckter Fremdkörper. Von Dr. GRAFF. S. 85.

Über primäre durch Ureter und Nierenbeckenstrikturen bedingte Hydronephrosen. Mit drei Abbildungen im Text. Von Dr. SUDECK. S. 96.

Preis des ersten Heftes M. 4.—.

Bestellungen nehmen die meisten Buchhandlungen des In- und Auslandes entgegen, ebenso die Verlagsbuchhandlung von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34. Heft 1 wird auch zur Ansicht gesandt.

Vasogen



emulgierende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind **Lösungsmittel** für verschiedene Medicamente, wie **Jodoform, Jod etc.** Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äusserlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (**durch Harn-Analysen erwiesen**) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 1/2 u. 3 %	Jod 3, 6 u. 10 %	Kreosot 5, 20 u. 33 1/3 %
Guajacol 20 %	Ichthylol 10 %	Creolin 15 u. 50 %
Eucalyptol 20 %	Sallyl 2 %	Menthol 25 u. 20 % etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgierende und die meisten Medicamente lösende oder in feinsten Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die überaus leicht von der Haut resorbirbaren **33 1/3** und **50 % Hg.-Vasogensalben** sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Chemische
Rhenania



Fabrik
Aachen.

Nosophen.

Ungiftiges geruch- und reizloses Antisepticum, austrocknend, granulationsbildend.

Nosophengaze sterilisirbar.

Antinosin.

Wundheilmittel bei phlegmonösen Processen, Ulcus molle etc. in Lösungen bei Gonorrhoe, Cystitis etc.

Amyloform.

Chemische Verbindung von Formaldehyd mit Stärke

Absolut unschädlich, geruchlos und nicht reizend. Zersetzungshindernd. Secretionshemmend. Spaltet unter Einfluss von Wund- und Körpersecreten freien Formaldehyd ab.

10% Amyloformgaze { sterilisirbar, zur Tamponade grosser Körperhöhlen vorgezogen.

Substanzprospecte und Literatur gratis zur Verfügung der Herren Aerzte.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

— Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —

Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller Separatabzüge, Dissertationen, Monographien u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, ergebenst ersucht. Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — außer an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzler in Bremen, Am Dom 6, eingesandt werden.

MOORBÄDER IM HAUSE.



Einziger natürlicher Ersatz

für

Medicinal-Moorbäder

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyse, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Mattoni's Moorsalz

trockener Extrakt

in Kistchen à 1 Kilo.

Mattoni's Moorlauge

flüssiger Extrakt

in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni

FRANZENSBAD, WIEN (Tuchlauben, Mattonihof), KARLSBAD,
BUDAPEST.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogen-Handlungen.

Hierzu eine Beilage:

Antiquariats-Katalog 32 der Buchhandlung Franz Deuticke in Wien.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Paraplaste. Von P. G. UNNA. S. 341. — Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen. Von V. MIBELLI. S. 345.

Versammlungen. Berliner Dermatologische Gesellschaft. S. 368. — Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie. S. 373. — Londoner dermatologische Gesellschaft. S. 376.

Fachzeitschriften. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 38, Heft 1. S. 378.

Mitteilungen aus der Litteratur. Chronische Infektionskrankheiten. a. *Lepra*. S. 383. b. *Tuberkulose*. S. 385. c. *Syphilis*. S. 388. — Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates. S. 395.

Akanthosis nigricans bei einem Individuum ohne Carcinomatose 374.

Aknitis 373.

Angiombildung, Multiple 381.

Aplasia der Haare, Moniliforme 375.

Ausschlag an den Extremitäten, Serpiginöser lupoider 377.

Bremer Kontrollstrasse 382.

Collessches Gesetz, Ausnahmen desselben 394.

Dermatitis, Maligne, der Brusthaut 378.

Ektzyma scrophulosum (Hautscrophulide) 375.

Entzündung und Pigmentation der oberflächlichen Gefäßnetze der Cutis 374.

Erythem der Extremitäten, Recidivierendes asymmetrisches, mit lamellöser Desquamation der Handteller und Fußsohlen 374.

— durch Ichthyol hervorgerufen 376.

— Retikuläres pigmentiertes 374.

Fälle zur Diagnose 377.

Fibrosarkoma 377.

Glossitis sclerosa 368.

Gonococcus Neisser, Reinzüchtung des 381.

Harnröhre, Angeborene Verengerung der 396.

— Angeborener Verschluss der; Bericht über eine Operation 396.

— Miliartuberkulose 369.

— Merkus, Syphilitischer 368.

— Metapathose der Haut 370.

Keratosen, Ätiologie und Varietäten der 345.

Lepa 385.

— Bemerkungen nach den Erfahrungen aus dem Lepahospital zu Rio de Janeiro 383.

— Die verschiedenen Knotenformen der; Bemerkungen gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Cutislepromen 384.

Lepafrage, Zur 383.

Lepahospital von Rio de Janeiro, Bericht über das 385.

Lichen planus 376.

— — buccalis in Form von Oblaten und sternförmigen Streifen 376.

— — ruber planus 368.

— — — acuminatus und verrucosus, Beiträge zur Anatomie des 378.

— — — Ungewöhnlicher Fall von, mit Arsen-Nebenwirkungen 380.

Lupus erythematosus der Kopfhaut und des Gesichts 378.

— — Neue Behandlungsweise des 382.

Miliartuberkel der Haut, Akute, bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose 385.

Pagets Krankheit 378.

Paraplaste 341.

Phlebitische nicht variköse Geschwüre 375.

Pigmentation des Halses, Netzartige, vom Aussehen einer Pigmentsyphilis bei einem kachektischen Tuberkulösen 374.

Primäraffekt der Conjunctiva, Luetischer 395.

Prurigo Hebra 378.

Reinfektion, Syphilitische 394.

Ringelhaare 376.

Roseola, Recidive der syphilitischen 393.

Schanker, Lokalisation auf ungewöhnlichen Stellen 395.

— der Unterlippe, Hartnäckiger 395.

Sklerodermia 378.

Stomatitis, Intensive, nach Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze 376.

Syphilis, Bemerkungen zum Kampfe gegen die 388.

— Dauer der kontagiösen Periode 390.

— Einige weniger gewöhnliche Formen 392.

— Infantile 393.

— Insontium 393.

— Klinische Formen der konzeptionellen 394.

— Laryngeale und tracheale 372.

— maligna secundaria 392.

— Prognose der 391.

— secundaria tardiva 375.

— Verbreitung im Gouvernement Novgorod 388.

— Verbreitung im Nicolajewschen Kreise 389.

— Verbreitung und ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernograsschen Kreises 388.

Syphilitiskontagium, Weiteres über das 389.

Syphilitische dürfen unter welchen Bedingungen heiraten? 391.

Trichorrhix nodosa, Zur Ätiologie der 380.

Tuberkulide, Akneförmige und nekrotische 375.

Ulceration, Artificielle, an einem Arme 376.

Urticaria mit Pigmentbildung 369.

Verengerung des Harnröhreneingangs, Pathologische und klinische Wichtigkeit der 395.

Xeroderma pigmentosum 377.

Zungensyphilis, Tertiäre 368.

Autoren-Register.
(* bedeutet Original-Artikel).

<i>Ahman 381.</i>	<i>Fournier 375. 391. 393.</i>	<i>Jonides 377.</i>	<i>Ogileie 394.</i>
<i>Allen 396.</i>	<i>Galloway 376.</i>	<i>Joseph 369. 378. 385.</i>	<i>Perry 377.</i>
<i>Anderson 392.</i>	<i>Gaston 375. 375.</i>	<i>Kopp 381.</i>	<i>Pringle 377.</i>
<i>Andriani 394.</i>	<i>Griffin 395.</i>	<i>Lens 393.</i>	<i>Renuit 376.</i>
<i>d'Aulnay 394.</i>	<i>Grifon 374.</i>	<i>Lester 391.</i>	<i>Rona 369.</i>
<i>Bulser 374.</i>	<i>Guibé 396.</i>	<i>Leichtenstern 385.</i>	<i>Schütz 382.</i>
<i>Barrucco 395.</i>	<i>Hallopeau 375. 376. 376.</i>	<i>Lima 385.</i>	<i>Sheild 378.</i>
<i>Barthélemy 373.</i>	<i>Haslund 392.</i>	<i>Löwenstein 368.</i>	<i>Skatkin 388.</i>
<i>Blaschko 383.</i>	<i>Havelburg 383.</i>	<i>Meissner 370.</i>	<i>Sonnenburg 382.</i>
<i>Bruhns 368. 380.</i>	<i>Hersenstein 383.</i>	<i>* Mibelli 345.</i>	<i>Strochberg 388.</i>
<i>Bureau 375.</i>	<i>Hitschmann 395.</i>	<i>Montgomery 395.</i>	<i>Thibierge 374. 374.</i>
<i>Coutte 393.</i>	<i>Hutchinson 376.</i>	<i>van Niessen 389.</i>	<i>* Unna 341. 384.</i>
<i>Crocker 377.</i>	<i>Jacquet 374.</i>	<i>Nikitin 389.</i>	<i>Weil 376.</i>
<i>Dreyse 380.</i>	<i>Jeunisme 375.</i>	<i>Östreicher 372.</i>	<i>West 378.</i>
<i>Feulard 390.</i>			

W. MIELCK

Schwan-Apotheke Hamburg

empfiehlt

Gelanthum nach Dr. Unna

D. R. G. 10 780

neue, ideale Grundlage für wasserlös-
liche Hautfärnisse,

rasch trocknend

(s. Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 73, Jahrg. XVII)

ferner:

Dünndarm-Pillen,	Hautleime,
Salbenmulle,	Pflastermulle,
Ueberfettete Seifen,	Sapo Hydrarg.

sowie sämtliche übrigen Präparate nach
Dr. Unna.

Valentine's Meat Juice

Generaldepot für Deutschland.

*Proben sämtlicher Präparate stehen den Herren
Aerzten gratis und franko zur Verfügung.*



Ueberfettete neutrale u. alkalische

Stück- u. Pulver-Seifen

werden nach Angabe

des Herrn Oberamts.

Dr. J. Eichhoff in Elberfeld

nur allein
hergestellt
durch die
Seifenfabrik
von

Ferd. Mülhens
Glockengasse Nr. 4711
KOELN a/ RH.

Listen und Indications-
Verzeichnisse der
über 130 verschiedenen
Sorten versendet die
Fabrik auf Verlangen

den Herren Aerzten u. Apothekern gratis u. franko.

Unguentum Caseini

D. R.-P.

Sterilisierte, wasserlösliche Fettsalbengrundlage für **trocknende Salben**, empfohlen von Herrn Dr. P. G. Unna in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XX, No. 6, als **Basis von Zink-, Zink-Schwefelsalben** gegen Gesichtseczeme, Rosacea, Acne, **von Theer- und Ichthyosalben** gegen juckende Dermatosen, **von Perubalsamsalben** gegen Scabies, ferner als reizloses **Deckmittel** bei diversen Hautkrankheiten.

— Proben gratis und franco. —

Aromatische

Kali chloricum-Zahnpasta

(jetzt ungefärbt)

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis

in Tuben à Mk. 1.—.

Guttaperchapflastermulle — Salbenmulle
Überfettete Seifen — Zinkleim
Suspensorien — Comedonenquetscher
Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika

bei **Lehn & Fink, New York.**

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV.

NO. 7.

1. April 1897.

Paraplaste.

Von

P. G. UNNA.

Im vorigen Jahre habe ich gelegentlich des III. internationalen Dermatologen-Kongresses in London eine neue Form medikamentöser Pflaster vorgezeigt, welche von ihrem Fabrikanten, Herrn Dr. Tropplowitz (Firma: P. Beiersdorf & Co.), den Namen „Paraplast“¹ erhalten hat. Die Anregung zur Konstruktion dieser neuen Pflasterart ging von England aus, indem englische Fachkollegen, welche mit der Wirkung der Pflastermulle sehr zufrieden waren, die gering erscheinende Verbesserung derselben wünschten, daß ihre Farbe der Haut ähnlicher gemacht werde, um dieselben besser an Gesicht und Händen verwenden zu können. Unsere Versuche jedoch, diesen Wünschen mit Hülfe des für die Guttaperchapflastermulle notwendigen Materials gerecht zu werden, sind vollkommen gescheitert. Es ist eben nicht möglich, eine Schicht von Guttapercha mit einer hautfarbenen Stoffschicht dauernd, sowie in den Guttaperchapflastermullen, zu einer Unterlage zu vereinigen,² ebensowenig kann man der Guttapercha selbst eine hautähnliche Farbe geben.³

Wir wandten uns deshalb wieder älteren Ideen zu, in welchen Kautschuk — der in den Guttaperchapflastermullen nur als Konstituens der Pflastermasse figuriert — dazu diene, die Grundlage impermeabel zu machen. Wenn früher derartige Versuche an der Schwierigkeit scheiterten, auf eine billige Weise passende Gewebe einseitig mit einer Kautschuk-schicht zu versehen, so ist seit kurzer Zeit die Lösung dieser Aufgabe der Technik gelungen. Dieser Umstand allein macht es heutzutage möglich, Pflaster mit Kautschukunterlage zu konstruieren, welche in gewissen Beziehungen selbst mit den Guttaperchapflastermullen konkurrieren können. Erst jetzt verlohnt es sich mithin, das Problem rationeller

¹ von der verwendeten Sorte Paragummi.

² In den bisher zu meiner Kenntnis gelangten derartigen Präparaten löst sich beim Gebrauche die Stoffschicht von der Guttaperchaschicht; dieselben sind deshalb höchstens für Hühneraugenpflaster u. dgl. Zwecke zu gebrauchen.

³ Versuche, gereinigte weiße Guttapercha zu verwenden, scheiterten an deren Brüchigkeit; zudem würde sich der Preis der Pflaster verdreifachen. Mittelst künstlicher Färbung gewinnt braune Guttapercha keinen annähernd hautfarbenen und dem Auge wohlthuenden Farbenton.

Kautschukpflaster näher ins Auge zu fassen, um auf diesem Wege vielleicht die nicht leichte Aufgabe der Herstellung hautfarbener und zugleich ausreichend wirksamer medikamentöser Pflaster zu lösen.

Da die Bedingung eines hautfarbenen Aussehens die Anwendung des Mulls, wie in den Guttaperchapflastermullen, für die Kautschukpflaster verbietet, dieselben aber an Feinheit und Schmiegsamkeit jene möglichst erreichen sollen, so sind wir zu einem feinfaserigen, dichten Baumwollensstoff übergegangen, welcher jede Art der Färbung gestattet.

Dieser Stoff verlangt so wenig Kautschuk zur Impermeabilisierung, daß der letztere gleichsam nur die Poren des Gewebes ausfüllt und die Pflastermasse eigentlich direkt ohne Dazwischenkunft einer besonderen impermeablen Schicht auf den Stoff gestrichen werden kann. Dadurch läßt sich eine außerordentliche Feinheit der Pflastergrundlage erzielen. Eine, wie die Erfahrung lehrt, sehr wertvolle Zugabe ist es, daß der mit Kautschuk versehene und vulkanisierte Stoff durch diese Bearbeitung eine hohe Zugfestigkeit erlangt, die ihn befähigt, trotz seiner Zartheit als Grundlage von Pflastern zu Streckverbänden zu dienen. Die Vulkanisierung ist durchaus notwendig, um den Kautschuk vor einer spontan eintretenden Zersetzung (Oxydation) zu bewahren, welche das Gewebe mit der Zeit schmierig machen würde. Durch diesen Prozeß ist allerdings der in das Gewebe eingedrungene Kautschuk von jeder Wirksamkeit in den Pflastern ausgeschlossen und hierin liegt ein prinzipieller Unterschied von den Guttaperchapflastermullen. In den letzteren trägt in der Hautwärme die Masse der zur Unterlage benützten, nicht vulkanisierten Guttapercha durch ihre unter diesen Umständen nicht geringe Plasticität sehr zur innigen Vereinigung der Pflaster mit der Haut bei. Die Unterlage der Kautschukpflaster hat dagegen auch in der Hautwärme keine spezifische Adhäsion für die Haut, alle Klebkraft muß ihr durch eine zweckmäßig gewählte, stark klebende Pflastermasse erteilt werden. Die Eigenart des vulkanisierten Kautschuks ist mithin in letzter Instanz die Ursache, daß für das Konstituens der auf demselben hergestellten Pflaster stärker klebende Massen, als sie bei den Guttaperchapflastermullen verwendet werden, herbeigezogen werden müssen.

Bei den Guttaperchapflastermullen genügt eine Mischung von Kautschuk mit Adeps lanae für eine ausreichend klebende Pflastermasse, bei den Kautschukpflastern kommt man ohne einen Zusatz von Harz, wie er in allen früheren Pflastern eine Rolle spielte, nicht aus; dagegen können wir alle jene unvollständig verharzten Stoffe, wie Terpentin, Elemi, Copaivabalsam und andere Balsame, auch Pix navalis, welche für die Haut starke Reizmittel sind und dennoch für die meisten früheren Pflaster als Klebemittel verwendet wurden, entbehren und müssen diese auch grundsätzlich vermeiden, da Reizlosigkeit der Pflastermasse für die neuen

Kautschukpflaster, wie für alle medizinischen Pflaster, nach meiner Ansicht die erste Bedingung sine qua non ist.

Wir haben der Sicherheit wegen nur solche Harze zugelassen, welche bis zu einer Temperatur von 120° unveränderlich sind, d. h. welche auch bei dieser hohen Temperatur keine ätherischen Öle abgeben und sich nicht weiter oxydieren, nämlich in der Hitze gereinigtes Kolophonium und Dammarharz. Übrigens sind von jedem ungefähr nur 8% in der Pflastermasse notwendig. Nach meiner und anderer Ärzte bisherigen Erfahrung sind die so hergestellten Kautschukpflaster reizlos; sie verändern sich auch nicht, wenigstens nicht im Verlaufe von ca. 2 Jahren, durch Beimischung basischer Medikamente wie Zinkoxyd. Die Pflastermasse besteht also aus Kautschuk, Adeps lanae, Kolophonium und Dammarharz. Wie wir vorher gesehen haben, konnten wir das bei den Guttaperchapflastermullen rigorös durchgeführte Prinzip des Minimalvolumens der Unterlage bei den Kautschukpflastern nicht in voller Strenge durchführen; die herumgegebenen Proben werden Ihnen allerdings den Beweis liefern, daß dieselben der Erreichung dieses Zieles sehr nahe kommen. Dagegen können wir das zweite Prinzip der Guttaperchapflastermulle, das Minimalvolumen der Pflastermasse, auch für die Paraplaste ziemlich aufrecht erhalten. Die Ihnen vorgelegten Pflasterproben enthalten 40—65% des wirksamen Medikamentes.

Daß die Paraplaste, wie die Firma P. Beiersdorf & Co. sie heute in den Handel bringt, in Bezug auf die Erfordernisse eines jeden guten medizinischen Pflasters, nämlich die gleichmäßige Verteilung des Medikamentes sowie der ganzen Pflastermasse auf der Höhe technischer Vollkommenheit stehen, ist ganz selbstverständlich.

Ein kleiner kosmetischer Vorzug, der außer der natürlichen Farbe den Paraplasten gegenüber den Guttaperchapflastermullen zukommt und den ich nicht unerwähnt lassen möchte, liegt in dem Umstande, daß die Paraplaste beim Abziehen von der Haut fast keinen Rückstand von Pflastermasse hinterlassen. Als kleiner praktischer Vorteil hat es sich weiter herausgestellt, daß die Paraplaststücke beim Abziehen nicht so leicht einreißen wie die Guttaperchapflastermulle. Überhaupt ist die etwas größere Dicke und Festigkeit der Unterlage, welche die Anwendungsfähigkeit beschränkt, in allen jenen Fällen wieder von Vorteil, wo die Pflasterstücke der Haut längere Zeit fest aufliegen sollen, wie beispielsweise bei trockenen, psoriatiformen Ekzemen, bei der Allgemeinbehandlung der Syphilis mit Hg-Pflastern und bei der Furunkulose.

Was nun die Wirkung der Medikamente in dieser Pflasterform betrifft, so haben die Erfahrungen des letzten Jahres gelehrt, daß sie der Verordnung derselben Medikamente in Form der Pflastermulle nahezu, wenn auch nicht völlig gleichkommt. Als durchaus brauchbar kann ich

die Paraplaste bereits für die Inkorporation von Zinkoxyd, Quecksilber, Quecksilberoxyd, Pyrogallolum oxydatum, Ichthyol und Chrysarobin hinstellen. Sie lassen sich daher den Pflastermullen bei Behandlung des Ekzems, der Psoriasis, der Syphilis und Syphilide, der Furunkel und Drüsenumoren substituieren.

Noch nicht durchgearbeitet ist die neue Form für die Inkorporation der so wichtigen Salicylsäure-Kreosotmischung. Einerseits ist durch die größere Komplikation, welche die Pflastermasse an sich besitzt, der weiteren Komplizierung durch starke Vermehrung flüssiger Medikamente eher eine Grenze gesetzt als bei den Pflastermullen, andererseits würde durch den geringeren Gehalt an wirksamer Substanz die starke Tiefenwirkung etwas, wenn auch nicht erheblich eingeschränkt werden. Ich habe deshalb vorläufig, bis die Technik vielleicht auch diese Nachteile überwunden hat, von der Konstruktion sehr komplizierter Paraplaste abgesehen und empfehle zunächst nur die folgenden einfachen Paraplaste dort, wo aus kosmetischen Rücksichten ein heller aussehendes, hautähnliches Pflaster erwünscht ist:

- Paraplast c. Acid. salicyl. 40 %.
- " " Acid. salicyl. 10 %, Empl. saponat. 10 %.
- " " Acid. salicyl. 40 %, Extr. Cannab. ind. 10 %.
- " " Chrysarobin. 40 %.
- " " Hydrargyr. 65 %.
- " " Hydrargyr. 50 %, Acid. carbolic. 7,5 %.
- " " Ichthyol. 40 %.
- " " Pyrogallol. 40 %.
- " " Resorcin. 50 %.
- " " Zinc. oxyd. 40 %.
- " " Zinc. oxyd. 50 %, Ol. cadinum 15 %.
- " " Zinc. oxyd. 40 %, Hydr. oxyd. v. h. p. 2 %.

Wie man sieht, sind die Paraplaste ebenso wie die früheren nicht dermatologischen Pflaster nach Prozentzahlen des Medikamentes bezeichnet, im Gegensatz zu den Pflastermullen, bei welchen die wirksamen Bestandteile nach Gramm pro $\frac{1}{5}$ Quadratmeter (2000 qcm) gerechnet werden. Dieser Unterschied in der Bezeichnung ist ebenfalls die Folge der größeren Bedeutung, welcher in den Paraplasten der inerten Pflastermasse — im Gegensatz zu den Guttaperchapflastermullen — zukommt.

Um bald durch die Praxis zu entscheiden, inwieweit die Paraplaste die Guttaperchapflastermulle zu ersetzen fähig sind, wäre es allerdings sehr wünschenswert, wenn diejenigen Kollegen, welche über die letztere Erfahrung besitzen, mit den obigen Paraplasten therapeutische Versuche anstellen und ihre Wirkung mit der der entsprechenden Pflastermulle vergleichen möchten.

Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen.

Von

Prof. V. MIBELLI - Parma.

Follikuläre und porale Keratosen.

I.

Der wichtige Anteil, welchen die Veränderungen der Follikel und Drüsen der Haut an den verschiedensten pathologischen Prozessen nehmen, von den gewöhnlichen und gutartigen entzündlichen Dermatosen an bis zu den tiefergreifenden und weniger häufigen neoplastischen Formen, wird heute von allen Dermatologen anerkannt. Keinem ist wohl die Beobachtung entgangen, daß die auch in klinischer Beziehung auffallendsten, entzündlichen Erscheinungen der Rötung und Schwellung gerade in der Umgebung der Follikel zu Tage treten, und daß sich an derselben Stelle die progressiven und regressiven Veränderungen abspielen, die zur Bildung der einfachsten Elementarefflorescenzen führen, von der Macula zur Papel, zum Bläschen oder der Pustel, von der Papel zum Knötchen.

Stellt man sich die Drüsen und Haarbälge als ebensoviele abgegrenzte Hautbezirke vor, mit eigenem Bindegewebsstroma und dazugehörigem reichlichem Gefäßnetze, so begreift man leicht, wie einfache Cirkulationsstörungen, entzündlich exsudative, proliferierende oder neoplastische Prozesse in denselben einen höchst günstigen Boden zur Entwicklung selbständiger Läsionen finden.

Die Drüsen und Follikel stellen aber auch wahre epidermidale Einsenkungen dar, die in ihrem oberflächlichen Abschnitte alle Bestandteile der geschichteten Epidermis enthalten. Die pathogenen Keime finden darum auch in denselben besonders leichten Zutritt und können die parasitären Formen darin ihre charakteristischen klinischen Eigenschaften am vorteilhaftesten entfalten. Andererseits werden sich alle pathogenen Prozesse parasitärer oder anderer Natur, welche besonders die Ernährung der Epidermis beeinträchtigen an den Mündungen der Drüsenfollikel unter eigenen Erscheinungen abspielen, welche dann aus dem mehr gleichförmigen Gesamtbilde besonders deutlich hervorstechen.

Mit besonderer Häufigkeit lokalisieren sich jene pathologischen Vorgänge in der Epidermis, an den Follikel- und Drüsenmündungen, deren am meisten hervortretendes Merkmal in einem gestörten Verhornungsprozesse besteht.

Wenn nun zwar fast immer, ja vielleicht immer, diese keratophoren Veränderungen partielle Vorkommnisse eines über die ganze Epidermis verbreiteten Prozesses sind, so stellen sie in manchen Fällen doch die ganze klinisch wahrnehmbare Affektion dar. Es ist deshalb auch wohl erlaubt von follikulären, glandulären oder poralen Keratosen als von selbständigen Krankheiten zu reden. In anderen Fällen hingegen nehmen die folliculo-glandulären Läsionen, sowohl in Bezug auf ihre Intensität, als auf die Zeitfolge ihres Auftretens, gegenüber der vorherrschenden, diffusen Keratose der geschichteten Epidermis eine bloß untergeordnete Stellung ein. Spricht man unter solchen Umständen von follikulärer oder poraler Keratose, so will man damit nur einen gewissen krankhaften Zustand, eine klinische oder anatomische Besonderheit dieser oder jener allgemeinen oder diffusen Keratose bezeichnen.

Diese Unterscheidung, wie wichtig sie auch zumal in pathogenetischer Beziehung sein mag, soll uns vorläufig nicht weiter beschäftigen. Wir wollen vielmehr eine Übersicht der bekannteren follikulären und poralen Keratosen geben und sie besonders in Bezug auf ihre histologischen Verhältnisse näher betrachten, durch welche sie sich am besten unterscheiden und charakterisieren lassen.

*

*

*

Wir wollen mit den follikulären Keratosen beginnen, welche die wichtigeren und am besten untersuchten sind. Bei ihrer bibliographischen Geschichte brauchen wir uns nicht lange aufzuhalten, da sie sich beinahe gänzlich in den Arbeiten des letzten Dezenniums wiederfindet, die hinlänglich bekannt sein dürften. Wir begnügen uns deshalb mit der Angabe, daß bereits im letzten Jahrhundert von J. HUNTER und E. HOME, allerdings irrthümlicherweise den Haarfollikeln eine besondere Wichtigkeit bei der Entstehung des Hauthorns zugeschrieben worden war, daß ferner LEBERT 1863, welcher zum ersten Male das Wort Keratosis zur Bezeichnung von Krankheiten gebrauchte, die durch Bildung von Hornsubstanz entstehen, die follikulären von den epidermalen Keratosen scharf unterschied; daß endlich AUSPITZ, 20 Jahre nachher, unter seinen Hyperkeratosen (der ersten Familie der Keratosen) die Keratosen anführte, welche sich in der Umgebung der Follikel entwickeln und als dahingehend zwei einzige Affektionen: den Lichen pilaris und die Ichthyosis follicularis.

Jedermann weiß übrigens, daß wir die Fortschritte auf dem Gebiete der follikulären Keratosen ausschließlichs den neuesten Mittheilungen über wenig bekannte oder gänzlich unbekannte Affektionen verdanken, wie die Keratosis pilaris von BROCC, die Keratosis pilaris rubra von BESNIER, die Keratosis follicularis von DARIER, die Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE, sowie den letzten Studien über Lichen, Ichthyosis, Dermatitis

ichthyosiformis und andere keratophore Affektionen, zu denen die französische und die Hamburger Schule am meisten beigetragen haben. Unter diesen Dermatosen werden wir denn auch die wichtigsten Anhaltspunkte zur Entwicklung unseres Programmes schöpfen müssen. Andererseits haben uns die neuesten Studien, zumal nach der histologischen Richtung, einen Ausblick verschafft über besondere keratofollikuläre Störungen, nicht nur bei den vorherrschend keratophoren Affektionen, sondern auch noch bei solchen anderer Art, wo die Keratophorie klinisch weniger auffällt oder wenigstens nicht unter den gewöhnlichen Erscheinungen auftritt. Der Vollständigkeit wegen müssen wir also auch die nicht rein keratophoren Affektionen in Betracht ziehen und, statt ausschließlich die follikulären Keratosen zu behandeln, das Gebiet der Keratosen überhaupt berühren. Dahin würde dann auch die Acne vulgaris gehören, bei der der charakteristische Komedo weiter nichts vorstellt als eine follikuläre Keratose.

Bekanntlich hat UNNA bereits 1883 die Behauptung aufgestellt, daß der Akneprozess mit einer primären Hyperkeratose beginnt, welche die trichterförmigen Einsenkungen der Haarfollikelmündungen ergreift und zur Bildung der Komedonen führt.¹ Es ist mir nicht bekannt, daß sonst Jemand diese Behauptung bestätigt oder bestritten hätte. UNNA hingegen hat sie in seinem Werke² wiederholt und weiter ausgeführt. Ohne die Frage erörtern zu wollen, ob allen Akneformen diese Entstehungsweise zukommt und ob nur diejenigen, bei denen eine solche nachweisbar ist, die nähere Bezeichnung „akneartig“ verdienen, dürfen wir hier nur die sog. Acne punctata der Autoren behandeln, bei der der Komedo unzweifelhaft eine follikulo-glanduläre Keratose im strengsten Sinne des Wortes darstellt.

Die Hyperkeratose läßt sich an den Follikelmündungen erkennen, welche letztere, statt einer Einsenkung, eine kleine harte Erhabenheit bildet, die aus der verdickten Hornschicht besteht. Diese wird noch verstärkt durch die Entwicklung einer Art von Pfropfen (dem Komedo), der in die Mündung des Follikelausführungsganges eingeklebt ist. Dieser letztere welcher meist gleichzeitig der Drüse und dem Follikel angehört, da es sich um Lanugohaare handelt, wird verengert und schließlich gänzlich obturiert durch die Hyperkeratose und der secernierte Talg findet keinen Ausfluß mehr. Die Hyperkeratose befällt jedoch nicht allein die Mündung, sondern auch noch einen Teil des Ausführungsganges des Follikels, von dem sich Hornlamellen ablösen, die mit den Sekreten und eventuell mit dem Lanugohärchen eingeschlossen bleiben. Auf diese

¹ UNNA, Über das Keratoma palmare et plantare hereditarium. *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.* 1883. pag. 231.

² UNNA, *Histopathologie der Haut.*

Weise entsteht eine Horneyste mit eingeschlossenem Talge, welche an Umfang stets zunimmt, an der Peripherie fester wird und sich schließlich von den sie umschließenden Wandungen ablöst. Sie besteht dann aus einem festen Körper von beinahe cylinderischer Gestalt, welcher nach Art eines Fremdkörpers in der Follikelmündung stecken bleibt.

Bei dieser Form der follikulären Hyperkeratose, welche zur Bildung des Aknekomedos führt, ist die Talgsekretion nicht oder doch nur sekundär gestört, da nämlich erst auf eine Periode der Hypertrophie der Talgdrüse eine solche der Atrophie folgt, wobei die Sekretion aufhört, der Komedo gänzlich verhornt, sich auch nach der Tiefe freimacht, jeden Zusammenhang mit dem Haarbalg verliert und nun erst recht als ein dort eingesteter Fremdkörper erscheint. Der Aknekomodo würde sich außerdem, nach UNNA und HODARA, noch durch das Vorhandensein eines besonderen Bacillus auszeichnen, der in allen anderen Komedoformationen fehlen soll. Dieser kleine Bacillus wäre auch die erste ätiologische Bedingung zur Bildung des Komedo und der entzündlich-hyperplastischen und eiterigen Veränderungen, welche um die entzündeten Follikel herum entstehen und die einfache *Acne punctata* in eine *Acne indurata* oder *pustulosa* verwandeln.³

In allen anderen Formen von follikulärer Keratose findet man keine Mikroorganismen, keine Talgsekretion, keine Eiterung und auch keine progressiven, entzündlichen Veränderungen mit Bildung von Plasma- und Riesenzellen und Chorioplaxen wie bei der Akne. Im ganzen ist aber die Keratose besser ausgeprägt und vom klinischen Standpunkte leichter erkennbar. Es genüge bei dieser Gelegenheit an die gewöhnlichste Form der keratofollikulären Dermopathien, dem sog. Lichen pilaris, zu erinnern, welcher in den letzten Jahren, besonders von BROCCQ, so gut beschrieben und als *Keratosis pilaris* bezeichnet worden ist. Bekanntlich zeichnet sich diese Krankheit durch das Vorhandensein zahlreicher hornartiger Papeln aus, die meist an der Streckseite der Extremitäten, seltener am Gesicht lokalisiert sind und an der Mündung der Haarfollikel sitzen. Eine solche Haut fühlt sich dann ganz rauh an; sie ist aber außerdem trocken und erinnert oft an eine Ichthyosis geringeren Grades. Nur in schwereren Fällen (der *Keratosis rubra pilaris* von BROCCQ) bildet sich um die Hornpapel herum ein hyperämischer Hof und der Prozeß kann zur Zerstörung des Follikels führen, welcher durch eine kleine narbenartige Einziehung ersetzt wird.

Nach UNNA würde man bei dieser Affektion, wie bei der Akne, zuweilen eine allgemeine Verdickung der Hornschicht beobachten, aber in

³ UNNA, *Histopathologie*. — HODARA, *Étude sur le diagnostic bactériologique de l'acné*. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1894. pag. 516. — LOMRY, *Derm. Zeitschr.* 1896.

den meisten Fällen würde die Hyperkeratose auf die Follikelmündungen und ihre nächste Umgebung beschränkt bleiben. Dies muß speziell betont werden, weil auch heute noch Viele die Keratosis pilaris als eine Form der Ichthyosis betrachten, obwohl man bei ersterer die charakteristischen Schuppen der Ichthyosis nitida nicht findet und andererseits die follikulären Veränderungen der wahren Ichthyosis mit denjenigen bei der Keratosis pilaris nicht zu vergleichen sind. Bei dieser finden wir eine Wucherung der Hornschicht um die Follikelmündung; das verdickte Stratum corneum verengert nicht nur diese Mündung, sondern zieht über dieselbe hinweg, verschleißt sie gänzlich und bildet dabei die charakteristischen hornigen Erhabenheiten. Zur Bildung dieser letzteren trägt natürlich auch, gleichwie bei der Akne, der obere Teil des Follikelinhalts bei, welcher nicht frei ausfließen kann; doch ist dieser Inhalt vom übrigen Teile substantiell verschieden.

Auch hier führt, wie bei der Akne, der Verschluss des Ausführungsganges zu einer Retentioncyste im obersten Teile des Follikels. An der cystischen Erweiterung der trichterförmigen Einsenkung nimmt aber die Talgsekretion keinen Anteil, da sie frühzeitig aufhört. Die Spitze des Haares, welches nicht aus dem Follikel austreten kann oder sich einen Durchgang durch das über ihm lagernde Hindernis erzwingen muß, krümmt sich in verschiedener Richtung und verursacht dadurch schwere Deformationen des Follikelganges. Zur Bildung der Cyste tragen ferner bei die Hornzellen, die sich vom Trichter lösen und einen Hornpfropf bilden, der oft schon von bloßem Auge sichtbar ist, sich aber vom Aknekomedo durch das Fehlen von Talg und das lockere Gefüge seiner Bestandteile unterscheidet. Nach GIOVANNINI⁴ greift die Verhornung immer tiefer, zuweilen sogar sehr beträchtlich, dem Follikelgang entlang. Nach UNNA hingegen würde die Hyperkeratose ausschließlich auf die Follikelmündung beschränkt bleiben, weshalb auch dieser Autor die Affektion Hyperkeratosis suprafollicularis nennt. Danach würden dann die in der Cyste befindlichen und um das eingeschlossene Härchen angesammelten Hornmassen eine einfache Stase und keine Hyperproduktion von Hornsubstanz darstellen.⁵

Wenn ich nun meine eigenen Präparate als Belege verwerte, so glaube ich, daß die suprafollikuläre Keratose mit den Verbildungen des Haares stets als die wichtigste und bezeichnendste Erscheinung der Krankheit zu betrachten sei; außer derselben sind nur noch wenige Veränderungen sowohl in histologischer als in klinischer Hinsicht, zu erwähnen. Die

⁴ GIOVANNINI, Contribuz. allo studio della cheratosi pilare. *Lo Sperimentale*. 1895.

⁵ UNNA, *Histopathologie*.

Talgsekretion hört auf, die Talgdrüsen atrophieren und verschwinden: LEMOINE⁶ und AUDRY⁷ fanden deren keine mehr.

In $\frac{3}{5}$ der von GIOVANNINI untersuchten Follikel bestand keine Spur mehr von solchen, in den übrigen $\frac{2}{5}$ waren sie bedeutend verkleinert. In der Umgebung der Follikel findet man hie und da Entzündung (LEMOINE, UNNA, GIOVANNINI); in anderen Fällen läßt sich nichts derartiges erkennen. UNNA nimmt an, daß ein leichter Grad von Entzündung stets vorhanden sein muß, da er immer, wenn auch in verschiedener Intensität, peri- und interfollikuläre Neubildung von Bindegewebszellen und in einem Drittel der Fälle dauernde Gefäßdilatation beobachtet hat.

Bei der wahren Ichthyose, welche auch heutzutage noch viele nicht von der Keratosis pilaris trennen wollen, läßt die über weite Hautstrecken verbreitete Hyperkeratose die Veränderungen an den Follikeln nicht so leicht erkennen, wiewohl sie häufig und deutlich ausgesprochen sind. Offenbar ist in diesem Falle die follikuläre Hyperkeratose nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Hyperkeratose. Diese dehnt sich langsam über die Wandungen des Haartrichters aus, so daß dieser, im Gegensatze zur Keratosis pilaris, von unten nach oben in Form eines breiten Trichters oder eines Bechers gleichmäßig erweitert erscheint; seine Mündung ist dann beträchtlich ausgedehnt und von einer Hornmasse ausgefüllt, welche die Lanugohaare, bei Vorhandensein von solchen, verdrängt hat. Da die Mündung offen bleibt, so kann die Ansammlung von Hornmassen in der trichterförmigen Ausweitung nicht als ein einfaches Stauungsprodukt betrachtet, sondern muß zum Teil aus einer vermehrten Bildung von seiten der Wandungen des Trichters erklärt werden. Das Produkt der Verhornung im Follikel bildet somit eine Hornperle und nicht eine Retentionscyste wie bei der Keratosis pilaris und der Akne. Doch findet man öfters auch bei der Ichthyosis hyperkeratosische Follikel, bei denen die Mündung obturiert und die Höhle zum großen Teile in eine wirkliche Cyste verwandelt ist, welche lockere Massen von Hornlamellen und Haaren enthalten. Die Unterscheidung von der Keratosis pilaris ist dann in solchen Fällen auch sehr schwer; dies um so mehr, als auch bei der Ichthyosis die Talgdrüsen sich in gleicher Weise verhalten, indem sie atrophieren und gänzlich verschwinden. Die Veränderungen in der Cutis sind außerdem bei beiden Affektionen dieselben. Ein primärer, entzündlicher Prozeß läßt sich nur durch Ableitung annehmen, während ein strikter Beweis hierfür noch aussteht.

Diese beiden fundamentalen Veränderungen: die suprafollikuläre Keratose und die Retention des Härchens, welche UNNA als charakter-

⁶ LEMOINE, Ichthyose anserine des scrophuleux. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1882.

⁷ AUDRY, *Clinique de dermato-syphiligraphie de la Fac. de méd. de Toulouse.* Jahrg. 1893/94. pag. 6.

istisch für die Brocqsche Keratosis pilaris ansieht, findet man in einer von den bisher besprochenen ganz verschiedenen Affektion, nämlich beim Favus. Dies ist für uns von der größten theoretischen Bedeutung, da wir ja genau wissen, daß es sich hier um eine Dermatoze handelt, die durch rein äußerliche und leicht nachweisbare Agentien erzeugt ist.

Untersucht man histologisch einen jener Fälle von Favus des Kopfes, wo die Pilzvegetation beinahe unvermerkt beginnt, ohne daß sich die geringste reaktive Entzündung zeigt und wo man noch nichts von den charakteristischen Scutulis bemerkt, so sieht man in ganz unverkennbarer Weise, daß mit dem Auftreten des ersten Vegetationskerns im Innern der Follikelmündung eine beträchtliche Verdickung der umgebenden Hornschicht einhergeht.⁸ Diese letztere verengert und obturiert vollständig den Ausführungsgang, der sich in eine cystische Höhle verwandelt, deren Wandungen aus Hornschichten und deren Inhalt aus der Pilzkolonie und der dieselbe durchdringenden Haarspitze besteht. Das Haar befand sich nämlich zur Zeit der Pilzinvasion außerhalb der Follikelmündung, weshalb es nicht in der Cyste eingeschlossen ist; dagegen ist es in seinem Wachstum behindert und zur Zeit des Wechsels bleibt es wie ein Fremdkörper eingeklemmt, während das neue Haar keinen Ausgang aus dem Follikel findet. Die Talgdrüsen tragen zur Erweiterung der Cyste nicht bei, da sie bereits atrophisch sind oder gänzlich fehlen, wie bei der Keratosis pilaris und der Ichthyose.

Die favöse Hyperkeratose, welche die weitere Entwicklung des Scutulums begleitet und diesem einen Stützpunkt auf der Haut gewährt wählt deshalb auch als Hauptzentren dieselben Herde wie die Pilzvegetation, d. h. die Haarfollikel. Unter den follikulären Keratosen kann sie als eine der typischen Formen betrachtet werden, da sie unzweifelhaft durch die Ausdehnung einer primären Hyperkeratose der geschichteten Epidermis auf die Follikel entstanden ist. Andererseits folgt beim Favus die Hyperkeratose unmittelbar den ersten Anfängen der Bildung eines Scutulums. Sie läßt sich auch schon nachweisen, wenn noch von seiten der Cutis weder klinisch noch histologisch entzündliche Erscheinungen zu entdecken sind, so daß man wohl annehmen darf, daß sie direkt durch die Pilzvegetation und demnach ohne Vermittelung eines entzündlichen Prozesses hervorgerufen worden ist.

Vergleichen wir nur die hervorstechendsten Merkmale des follikulären Verhornungsprozesses bei allen den besprochenen Affektionen unter sich, so finden wir, daß man bei der Akne eine Hyperkeratose des ganzen Infundibulums bis zum Halse mit Verschluss des Ausführungsganges

⁸ MIBELLI, Sul Favo. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1892. II u. III.
Derselbe: „Bemerkungen über Anatomie des Favus etc.“ *Diese Zeitschr.*
Bd. XXII.

findet, mithin Retentionserscheinungen in der Sekretion des Talges und der verhornten Zellen, die zur Bildung einer Horncyste, des Komedo, führen. Bei der Keratosis pilaris und dem Favus hingegen hat man ausschließlich oder doch vorwiegend eine suprafollikuläre Hyperkeratose vor sich mit kerato-pilärer nicht aber Talgretention; die Keratosis pilaris würde dann eventuell mit der Bildung von komedoartigen, cylindrischen Cysten ohne Talg, der Favus stets mit der Entwicklung einer kugeligen Hyphomycetenkolonie im Innern der Cystenöhle abschließen. Bei der Ichthyosis endlich, dehnt sich die Verhornung über die ganze trichterförmige Einsenkung aus und sogar noch tiefer, indem es zur Entstehung einer grossen oberflächlichen Hornperle bei offenem Ausführungsgange oder kleinerer Perlen bei verschlossener Mündung, niemals aber zu cylindrischen Horncysten oder Komedonen, oder komedoähnlichen Gebilden kommt.

Alle diese Variationen, mit Ausnahme natürlich des Scutulums, kann man bei einer noch wenig bekannten und höchst interessanten keratophoren Affektion wiederfinden, die kürzlich von BROOKE als Keratosis follicularis contagiosa beschrieben worden ist.⁹ Diese ganz eigenartige Dermatoze, welche nach dem Autor übertragbar ist, zeichnet sich im Anfange durch eine allgemeine Verdickung des Stratum corneum aus, die sich mit Vorliebe auf der Streckseite der Extremitäten zeigt, von da aus aber auf den Rumpf, den Nacken, das Gesicht übergreifen kann und selbst die Beugeseite der befallenen Glieder nicht verschont. Die erkrankten Hautpartien haben ein schmutziggelbes Aussehen, die Hautfurchen sind deutlicher ausgeprägt und in den polygonalen Räumen zwischen denselben sind schwarze Pünktchen sichtbar, die durch die komedoartigen Pfröpfe gebildet werden, welche in den Follikelmündungen stecken. Später bilden sich Hornmassen, welche in Form von mehr oder weniger langen oder dicken Spitzen und Stacheln aus den Follikeln herausragen, während sich die Follikelmündungen selbst infolge ihrer Verhornung erheben und auf der Hautoberfläche papelartige Erhabenheiten entstehen. Solche Veränderungen bilden sich stellenweise zurück, um an anderen Orten neu aufzutreten; nach einer gewissen Zeit aber heilt die Affektion auch ohne Behandlung von selbst ab.

Bei dieser Affektion, wo die diffuse Hyperkeratose zuerst in die Erscheinung tritt, sind die follikulären Veränderungen nur sekundärer Art und eine Folge des Fortschreitens des diffusen Verhornungsprozesses auf die Follikel. Dennoch haben sie eine grosse klinische und histologische Bedeutung, weil sie aus dem ganzen Symptomenkomplexe am meisten hervorstechen.

⁹ BROOKE, Keratosis follicularis contagiosa. *Intern. Atlas. Taf. XXII. 1892; — UNNA, Histopathologie.*

In den Follikeln erweist sich die Hyperkeratose als mehr oder weniger schwer, mehr oder weniger nach der Tiefe greifend, mit verschiedenen Variationen von einer Stelle zur anderen, so daß man alle Abstufungen der follikulären Keratose von der Akne bis zur Ichthyose beobachten kann. In einigen Fällen bleibt nämlich die follikuläre Keratose ausschließlich auf die Mündung beschränkt, welche frühzeitig verschlossen wird und zu denselben Veränderungen Anlaß giebt, die man beständig bei der gewöhnlichen follikulären Keratose und zuweilen bei der Ichthyose und dem Favus antrifft. Andere Male hingegen ergreift die Hyperkeratose selbst die Stachelschicht des Follikels oder geht sogar bis auf den Grund desselben über. In diesem Falle verwandelt sich der ganze Follikelraum in eine große subepidermale Hornperle; bleibt aber die Hyperkeratose auf die obersten Teile beschränkt, so füllt sich die trichterförmige Einsenkung des Follikels allein, aber sehr rasch, mit neugebildeten Hornlamellen, die sich in der Weise mit einander verkitten, daß sie einen kleinen ovalen oder runden Hornkörper bilden, der dann wie eine komedoartige Cyste aussieht. Vom Aknekomedo unterscheidet er sich aber außer durch seine kürzere Gestalt dadurch, daß die Talgsekretion bei ihm nicht im Spiele ist. Diese fehlt übrigens bei allen verhornten Follikeln, weil auch hier die traubenförmigen Drüsen längst atrophiert sind.

Diesen einfacheren und gewöhnlicheren histologischen Veränderungen entsprechen die schwarzen, komedoartigen Punkte, welche das erste Stadium der Affektion auszeichnen. Die spitzen- oder stachelförmigen Produkte dagegen, die sich in einem vorgeschrittenen Stadium zeigen, sind die Wirkung der Hyperkeratose bei offenen Follikeln und etwas verschieden von den analogen Bildungen bei der Ichthyose. In solchen Fällen ist die follikuläre Keratose so stark ausgesprochen, daß die Follikelmündungen, statt sich zu verschließen, klaffend bleiben wegen des Vorhandenseins der hornigen Neubildung, welche aus dem Follikel zu treten strebt. Man darf deshalb wohl annehmen, daß die Veränderung im Follikel selbst ihren Anfang nimmt und nicht, daß die oberflächliche Hyperkeratose von oben nach unten in denselben hinein fortschreitet, wie dies wahrscheinlich bei der Bildung der komedoartigen Körper geschieht. Dütenartige Hornlamellen, mit der Spitze nach unten gerichtet, lösen sich von den Follikelwandungen ab, umgeben den Haarstumpf und lagern sich übereinander ab, so daß sie einen dicken Zapfen bilden, der sich langsam über die Follikelmündung erhebt und mitsamt dem Haare in Gestalt einer mehr oder weniger scharfen Spitze aus denselben hervorragt.

Die Tiefe bis zu welcher diese Form der Hyperkeratose in den Follikelkanal vordringt, ist eine verschiedene. Je mehr sie beträgt um so dicker wird auch die Hornspitze; bleibt sie aber auf die oberen Teile des Follikels beschränkt um so dünner wird diese ausfallen.

UNNA hat in der Umgebung der Follikel und selbst in einiger Entfernung von diesen, Gefäßdilatation mit begleitender Zellenneubildung, sowie Herde solcher neugebildeter Zellen mit Schwund der elastischen Fasern, gefunden. Er hält deshalb einen leichten Grad von Entzündung für wahrscheinlich, im Gegensatze zu BROOKE und zählt die Affektion neben der Ichthyose und der Keratosis pilaris zu den trockenen Katarrhen der Haut.

Bisher haben wir Affektionen betrachtet bei denen (mit Ausnahme der Akne), mag man sie nun als abhängig von einem trockenen Katarrh der Haut ansehen, der Verhornungsprozess den Hauptanteil in symptomatologischer Beziehung ausmacht. Das besondere morphologische Kennzeichen, das sie zu follikulären Keratosen stempelt, sind dabei die hornigen Gebilde, welche aus Vertiefungen der Haarfollikel emporragen. Es erübrigt uns also noch einige andere Formen in Betracht zu ziehen, bei denen noch weitere, wichtige Veränderungen das Symptomenbild komplizieren. Die Hyperkeratose selbst giebt sich zwar noch immer als umschriebene Ansammlungen von Hornsubstanz zu erkennen, entspricht dann aber nicht mehr immer den Haarbälgen und Talgdrüsen allein, sondern auch den Schweißsporen oder anderen einfachen, nicht drüsenartigen Einsenkungen der Epidermis.

Hierher gehört eine Hautkrankheit, welche zuerst mit der Acne sebacea cornea und der Ichthyose unter der Bezeichnung Ichthyosis sebacea cornea (WILSON) oder Ichthyosis follicularis (LESSER) zusammengeworfen und erst in den letzten Jahren besser bekannt wurde durch eine Arbeit von DARIER, der sie Psorospermiosis follicularis vegetans nannte.¹⁰ Es ist nun erwiesen, daß diese Affektion die wir DARIERSche follikuläre Keratose heißen wollen, gar keine Psorospermose ist.¹¹ Sie befällt eine mehr weniger ausgedehnte Hautfläche und vorzüglich solche Stellen, welche durch die Hautsekrete stärker befeuchtet werden, wie die Gelenkbeugen, den Hals, die Achselhöhlen etc. Sie zeigt einen ziemlich langsamen, chronischen Verlauf, heilt aber über kurz oder lang, wenn sie richtig behandelt wird. Sie besteht aus besonderen Efflorescenzen in Gestalt von kleinen papulösen Erhabenheiten von der Größe eines Stecknadelkopfes, die von einer schmutziggelben oder schwarzbraunen, fest-anhaftenden Borke bedeckt sind. Diese Borke setzt sich hauptsächlich zusammen aus einer hornartigen Substanz, welche sich mittelst eines unteren konischen oder cylindrischen, schmutzigweißen Fortsatzes von wenig fester Konsistenz in eine trichterförmige Vertiefung einsenkt. Diese

¹⁰ DARIER, De la psorospermose folliculaire végétante. *Ann. de dermat. et syph.* 1889. No. 7.

¹¹ Zu diesem Schlusse ist DARIER selbst gekommen. *Ann. de dermat. et de syph.* 1889. No. 7.

letztere entspricht öfters, aber keineswegs immer, einem Haarfollikel. DARIER erklärt jetzt, daß sie keine ausgesprochene Neigung besitzt sich dort zu lokalisieren.¹²

Zuweilen ragen die Hornmassen (DARIER) aus den erweiterten Mündungen in Form von abgerundeten Zäpfchen oder Spitzen hervor. Durch das Konfluieren solcher Elemente entstehen mehr oder weniger erhabene Plaques. Diese überziehen sich mit schmutzigbraunen, dicken Krusten von Talg- und Hornmassen, welche sich wie ein Reibeisen anfühlen oder mit eigentlichen und dann prominenteren Hornmassen, nach deren Entfernung eine rote, feuchte, von kleinen dütenartigen Vertiefungen übersäte Fläche zum Vorschein kommt. Bei der langen Dauer der Krankheit nehmen die Elementareffloreszenzen die Gestalt von linsen- oder erbsengroßen Knötchen an, deren Spitze eine kraterförmige Öffnung mit glattem Rande trägt aus der sich durch Druck eine weiche, talgartige Masse pressen läßt. Diese hypertrophierten Gebilde konfluieren zu gewaltigen, papillomatösen Gewächsen, die von stinkenden Sekretionen überdeckt sind.

Wie der klinische, so zeigt auch der mikroskopische Befund, daß ein großer Teil des Symptomenbildes dieser Affektion auf einen follikulären Verhornungsprozeß zurückzuführen ist. Doch muß gleich gesagt werden, daß sich in den affizierten Herden auch unveränderte Follikel befinden, während man andererseits verhornte Gebilde in gewöhnlichen Einsenkungen der Epidermis oder auch in Schweißsporen nach Art eines Pfropfens eingekeilt findet.

Was die Follikel anbelangt, so sind sie nur in ihrem obersten Abschnitte von Hyperkeratose befallen, während der übrige Teil frei bleibt. Die Talgdrüsen bleiben selbst auch unverändert, ihr Sekretabfluß findet nirgends ein Hindernis und mischt sich wahrscheinlich mit den endofollikulären Verhornungsprodukten. Die Hyperkeratose entwickelt sich rasch in der obersten Partie der trichterförmigen Follikelmündung. Diese Stellen erweitern sich beträchtlich unter dem Drucke der gebildeten Hornmassen und die Hyperkeratose dehnt sich in der Umgebung des Follikels aus, indem sich dabei jene hornig-borkenförmigen Konkretionen bilden, welche jede Elementarefflorescenz bedecken. Die endofollikuläre Hornmasse zeigt auch dann, wenn sie pfropfenartig aus der Follikelmündung emporragt, weder die Struktur des Aknekomedo, noch der Horneysten oder -perlen der anderen follikulären Keratosen. Sie ist immer von unregelmäßigerer Form, weniger kompakter Konsistenz und setzt sich größtenteils aus „Körnern“ (DARIER) zusammen, d. h. aus harten, ovalären oder polyedrischen Körperchen, die nach ihrem Verhalten gegenüber Farbstoffen als Kernüberreste angesehen werden müssen.

¹² L. c. pag. 743.

Diese ganz sonderbare Form der Hyperkeratose ist zweifellos sekundärer Natur und eine Folge von Ernährungsstörungen in der Schleimschicht der Epidermis, welche auch vom histologischen Gesichtspunkte aus den wichtigsten Anteil am Prozesse nehmen. Die meisten Autoren (BUZZI, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. No. 152; BOECK, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. H. IV; DARIER, *Ann. de dermat. et de syph.* 1896. No. 5) haben in der Schleimschicht Hohlräume und spaltenförmige Kontinuitätstrennungen nachgewiesen und in denselben Granulationen, Fibrin- und Schleimfäden oder zuweilen abgetrennte, freibewegliche Epithelzellen (DARIER, 1896), ferner und zwar besonders in der Nähe der Hornkegel, jene sog. „runden Körperchen“ von DARIER, welche dieser Autor heute selbst als degenerative Veränderungen der Schleimzellen betrachtet. Aus diesen Degenerationszuständen sollten die Spalten und runden Körperchen sowie jene Körnchen selbst entstehen, welche die Hornzapfen angreifen; von ihnen sollten die Veränderungen in der Epidermis ausgehen. In letzter Linie würden diese Veränderungen in eine in ihrem Mechanismus, ihrer Topographie abnormen Verhornung übergehen.¹³

Diesen ziemlich bedeutenden Veränderungen in der Epidermis entsprechen von seiten der Cutis ziemlich leichte und oberflächliche entzündliche Prozesse. Abgesehen von den Wucherungen im Grunde der Follikel, welche vielleicht auf eine Verlängerung der interpapillären Epidermiszapfen zurückzuführen sind, sieht man in der Cutis entsprechend den verhornten Partien, nur eine leichte Ansammlung von Leukocyten, gewöhnlichen kleinen Bindegewebszellen und Mastzellen; dilatirte oder in anderer Weise veränderte Gefäße sind keine zu finden.¹⁴

Dieses lockere Gefüge der Verhornungsprodukte, die man bei der DARIERSchen Krankheit beobachtet, findet man noch ausgesprochener bei einer verwandten Affektion, der Pityriasis rubra pilaris von BESNIER, bei welcher Hyperkeratose und Keratolyse vereint vorkommen und besonders an den Follikelmündungen lokalisiert sind. Bezüglich derselben ist viel gestritten worden, ob sie mit dem Lichen ruber accuminatus von KAPOSI¹⁵ zu identifizieren sei oder nicht. Sie zeichnet sich nämlich bekanntlich aus durch das Vorkommen von verhornten, papelartigen Erhabenheiten verschiedener GröÙe und Form; meist sind sie aber kegelförmig. Auf

¹³ DARIER, Note sur l'anatomie patholog. de la maladie dite „Psorosperrnosc folliculaire végét. *Ann. de dermat. et de syph.* 1896. pag. 747.

¹⁴ MARIANELLI, Beitrag zum Studium der Keratosis follicularis. *Comment. clin. delle mal. cut. et gen.-ur.* 1893. Heft 8, 9, 10.

¹⁵ Zu denjenigen, welche die Pityriasis rubra pilaris nicht für identisch halten mit dem Lichen ruber von KAPOSI gehört NEISSER. Dieser Autor hält dagegen eine Trennung der Pityriasis rubra pilaris von der alten Folliculitis rubra von WILSON, welche mit der Keratosis pilaris rubra von BROcq identisch wäre, für weniger leicht ausführbar. Siehe: *Atti del Congresso internazionale di Medicina di Roma und Verhandlungen des IV. deutschen dermatolog. Kongresses zu Breslau*: „Zur Stellung der Pityriasis rubra pilaris und des Lichen ruber acuminatus“, von Prof. NEISSER.

ihrer Spitze tragen diese Papeln ein Häufchen lockerer grauweißer oder silberweißer kreideartiger Schüppchen; sie konfluieren öfters zu schuppenden, festen, trockenen Plaques, welche der Haut das Aussehen eines Reibeisens oder einer entflederten Hühnerhaut geben. Meist entsprechen diese Efflorescenzen den Haarfollikeln, zuweilen aber auch den Schweißsporen (porale Papeln nach UNNA) oder aber sie sind von beiden unabhängig (sinuöse Papeln UNNAS).

Welches auch die Entstehungsweise dieser Hornkegel sein möge, das Interessanteste an ihnen ist, daß sie nicht die einzige Erscheinung des Verhornungsprozesses sind. Dieser dehnt sich vielmehr in diffuser Weise über größere Hautflächen aus, welche ein trockenes, unebenes Aussehen annehmen, während die normalen Hautfalten sich mehr vertiefen und sichtbarer werden. Die circumskripten verhornten Efflorescenzen in Form von Hornkegeln in der Umgebung des Haares zeigen kein festes Gefüge, auch wenn sie noch in den Follikelmündungen stecken, sondern schuppen gleich nach ihrer Entstehung ab. Diese Abschuppung der Epidermis beobachtet man auch außer dem Bereiche der Hornkegel, so daß ein pityriasisartiger Zustand der Haut entsteht, die wie übergypst aussieht. Dazu kommt noch eine erythematöse Rötung, wodurch das Bild einer exfoliativen Erythrodermie entsteht, wenn die Affektion sehr ausgebreitet ist oder aber von Psoriasisplaques, wenn sie nur umschrieben ist. Bleibt der Prozeß aber auf die Peripherie der Hornkegel beschränkt, so erscheint die Krankheit als eine Keratosis pilaris rubra von BROCCQ. Diese Veränderungen verlaufen langsam und sind von Jucken begleitet. Der Allgemeinzustand der Patienten ist gut und nach einer gewissen Zeit geht die Affektion der Heilung entgegen. Recidive sind nicht selten.

Bei dieser Affektion ist demnach zu unterscheiden zwischen einer diffusen und einer auf die Follikel beschränkten Keratose. Die folliculäre Keratose führt zur Bildung von Hornkegeln, die aber, wie bereits gesagt, auch eine andere Entstehungsweise haben können. Die Hornschicht, welche wie das darunterliegende Stratum granulosum verdickt ist, wuchert in die Follikelmündung hinein und bildet einen Zapfen, der am oberen Ende abschuppt. Die Schleimschicht der Umgebung fängt ebenfalls an zu proliferieren und trägt so zur Bildung der papulösen Erhabenheit bei, welche bei dieser Affektion vornehmlich aus Epidermis besteht. Bei den kleineren Follikeln ist der ganze Kanal bis auf den Grund mit geschichteten Hornmassen angefüllt, während bei den größeren die Hyperkeratose auf den Trichter beschränkt bleibt. Immer bleibt aber die Mündung offen, weshalb es nicht zur Bildung wahrer Retentionscysten kommt, wie bei der Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE; nur in einigen wenigen Follikeln findet man kleine Hornperlen. Die Talgdrüsen sind zum Teil atrophisch, zum Teil scheinbar normal.

Die Hyperkeratose ist auch bei dieser Affektion vom histologischen Gesichtspunkte aus die wichtigste Erscheinung, indem die entzündlichen Komplikationen geringfügiger Art und weniger schwer sind, als es das ganze Symptomenbild erwarten liesse. Um die verhornten Follikel findet man entzündliche Infiltration mit kleinen, spindelförmigen, wenigen Plasma- und zahlreicheren Mastzellen; man trifft auch interepitheliales Ödem und leichte Leukocytose in der Stachelschicht des Follikels an; hieraus erfolgt Erweichung und Verbildung des Haarstumpfes und der Wurzelscheiden, welche in seltenen Fällen beobachtet werden. Dem roten Hofe, welcher die follikulären Papeln umgiebt, entspricht eine beträchtliche Gefäßdilatation im oberflächlichen Netze, welche nach UNNA auf mechanischem Wege zu stande kommt durch das Einsinken der hypertrophischen Hornschicht (UNNA, *Histopathologie*).

Die beschriebenen Hyperkeratoseerscheinungen unterscheiden sich kaum von denen beim wahren Lichen WILSONS. Trotzdem differiert der Lichen gewaltig nicht nur von der Pityriasis rubra pilaris, sondern auch von allen anderen keratophoren Dermopathien, hauptsächlich weil bei ihm die entzündlichen Vorgänge im Derma mit der bedeutenden Verdickung der Spitzen der Papillen und die daraus folgenden degenerativen Veränderungen die auffallendsten Merkmale des Prozesses bilden, denen gegenüber die Hyperkeratose selbst von nur sekundärer Bedeutung ist. Auch die Schleimschicht verändert sich hier viel beträchtlicher als in den anderen Fällen.

Die Hyperkeratose durch Verlangsamung der Verhornung (das Stratum granulosum und lucidum sind verdickt) folgt auf ein primäres Stadium der Proliferation der Stachelschicht. Infolgedessen wird die Schleimschicht dünner und zeigt kolloide Entartung, während sich das hypertrophierte Stratum corneum in dieselbe einsenkt. Auf diese Weise bilden sich auch beim Lichen die bekannten Zapfen und Hornkegel, welche öfters gewöhnlichen Epidermiseinsenkungen entsprechen, zuweilen aber in die Schweifsporen oder Follikelmündungen eindringen. Erstreckt sich die Hyperkeratose, wie in diesem letzteren Falle, bis in die Follikel hinein, so verhält sie sich in ähnlicher Weise wie bei der Pityriasis rubra pilaris; der Trichter bleibt dann klaffend und erweitert, da er von einem konzentrisch geschichteten Hornkegel ausgefüllt ist, der sich in das hypertrophierte Stratum corneum der Trichterumgebung fortsetzt oder von demselben überzogen wird, so daß er mit samt dem spiralig gewundenen Haare eingeschlossen bleibt. Die regressiven Vorgänge, die den Lichenprozess kennzeichnen, spielen sich dann aber auch in der Umgebung des Follikels ab; dasselbe gilt von der kolloiden Entartung des Epithels. Die hyaline Degeneration der Gefäße und die Sklerose des Bindegewebes führen zur Ablösung des Epithels von der bindegewebigen Wandung in

den oberen Teilen des Follikels, was bei der Keratosis rubra pilaris niemals vorkommt.

Nach den bisher durchgenommenen Formen haben wir noch einige andere Fälle von weniger häufigen keratophoren Affektionen anzuführen, welche besondere Veränderungen, hauptsächlich im Bereiche der Haarfollikel zeigen und vereinzelt als „follikuläre Keratosen“ oder unter ähnlichen Bezeichnungen mitgeteilt worden sind.¹⁶ Da diese Fälle aber wahrscheinlich zur Ichthyose oder zur Akne, zur DARIERSchen Dermatoze oder zur Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE gehören, so halten wir es für geratener, uns garnicht damit zu beschäftigen, zumal es sich um ganz seltene Fälle und sehr wahrscheinlich nur um Übergangsformen handelt, welche bald mit der einen, bald mit der anderen der besser bekannten Keratodermatosen Verschiedenes gemein haben, so daß eine Klassifikation derselben vorläufig noch ganz unmöglich ist.¹⁷

Ich will nur einen von UNNA unter dem Titel „Parakeratosis scutularis“¹⁸ publizierten Fall erwähnen, der ganz eigenartige Merkmale aufgewiesen hatte. Es handelte sich da um eine Anomalie der Verhornung, verbunden mit entzündlichen Erscheinungen, weshalb UNNA die Krankheit auch unter die trockenen Katarrhe der Haut einreichte. Die Affektion war vorherrschend auf die Haarfollikel lokalisiert, wo es zur Bildung von zuerst graulich-roten, dann kreideweißer, kalktropfenartiger Hornkegel kam, die sich von denjenigen bei der Pityriasis rubra pilaris nicht unterschieden. Später gingen dann diese Hornkegel in der peripilaren Keratose auf, wobei die charakteristischen Hornschichten entstanden, welche der Krankheit den Namen gaben.

Wir kommen nun noch zu einer anderen nicht genauer bestimmten Gruppe von Hautaffektionen, welche nie unter den keratophoren Dermatosen angeführt worden sind. Es sind dies Affektionen, welche besonders von den französischen Autoren bald als Acne pilaris, bald als Acne sebacea cornea, bald als Folliculitis decalvans bezeichnet worden sind und zu deren Kategorie auch das Ulerythema ophryogenes von TAENZER, sowie das Ulerythema acneiforme von UNNA gehören. Sie bilden einen langsamen, entzündlichen Prozeß im Bereiche der Talgdrüsen und Haarfollikel, wodurch sie sich einerseits der Acne vulgaris, andererseits der Keratosis pilaris erythematososa von BROcq nähern und nach UNNA zum Lupus erythematosus von CAZENAVE gezählt werden müssen.

¹⁶ Ich führe unter anderen an, einen Fall von MORROW, Keratosis follicularis. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.*, von WHITE. A case of Keratosis follicularis. Ibid. 1889, von NEISSER. Über einen Fall von Keratosis follicularis punctata et striata. *Verhandl. d. IV. dtsch. Derm. Kongr. zu Breslau 1894.*

¹⁷ Als Beispiel den Fall von JOSEPH, Über ungewöhnliche Ichthyosisformen. *Verhandl. d. IV. dtsch. Derm. Kongr. zu Breslau 1894.*

¹⁸ *Intern. Atlas selt. Hautkrankh.* 1890.

Alle diese unbestimmten Formen stellen chronisch - entzündliche Prozesse dar, in deren Verlaufe mehr oder weniger ausgesprochene keratophore Veränderungen der Follikel auftreten. Der modernen Histologie bleibt es vorbehalten dieselben genauer zu studieren und ihre Beziehungen zu den wahren follikulären Keratosen festzusetzen. Unter ihnen zeichnet sich eine durch ihre ausgesprochenen keratotischen Veränderungen im Talgdrüsenapparate aus und verdient deshalb gesondert beobachtet zu werden. UNNA hat nämlich einen von ihm beobachteten Fall mit der Bezeichnung *Ulerythema acneiforme*¹⁹ belegt. Die Affektion befällt die Wangen in Form von erythematösen Plaques und Papeln, sowie von Komedonenbildungen und ist die Folge eines diffusen Verhornungsprozesses wie bei der *Acne vulgaris*. Diese erythematösen Plaques und Pusteln blassen später ab, an ihre Stelle treten deprimierte Narben während im Bereiche der Haarfollikel und Talgdrüsen eine beträchtliche Hyperkeratose stattfindet, so daß Haar und Follikel atrophieren und verschwinden; die erweiterten Follikel enthalten nur noch konzentrisch geschichtete Hornperlen.

Die letztgenannten Formen zeigen, wie gesagt, eine gewisse Verwandtschaft zum *Lupus erythematosus*, wegen der bei ihr vorkommenden atrophisch-erythematösen Erscheinungen (*Ulerythema*). Nun aber besteht noch ein anderes Bindeglied zwischen dem *Lupus erythematosus* von CAZENAVE oder dem *Ulerythema centrifugum* von UNNA und den oben genannten Affektionen, nämlich in den keratophoren Veränderungen des follikulo-glandulären Apparates. Es scheint jetzt erwiesen, daß beim *Lupus erythematosus* den Talgdrüsen und Haarfollikel die Wichtigkeit, die man ihnen einst zuerkannte, nicht zukommt. Nichtsdestoweniger muß zugegeben werden, daß der Prozeß beständig mit einer frühzeitigen Hypertrophie der Hornschichten, zuweilen mit einer gleichzeitigen *Akanthosis* einhergeht, und daß die Hyperkeratose sehr häufig die Haarfollikel befällt und zur Bildung jener spitzen Fortsätze auf der unteren Fläche der Schuppen führt, wodurch diese so fest an der Unterlage haften. In einzelnen Fällen sind die Follikel von einem Hornpfropfen besetzt, der den Trichter nur ausdehnt, nicht aber verschließt; zuweilen aber wird dieser schon frühzeitig obturiert durch das hypertrophische *Stratum corneum*, wodurch das Haar eingekapselt wird und endofollikuläre Cysten entstehen mit abgefallenen Haaren, Hornlamellen und Talgdrüsensekret als Inhalt. Die Talgdrüsen atrophieren dann vollständig. Nach UNNA würden sie mit den Follikeln einen nur sekundären und einen passiven Anteil am Krankheitsbilde nehmen.

Ganz anders verhält es sich beim sog. *Ulerythema ophryogenes*, das

¹⁹ UNNA, *Ulerythema acneiforme*. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. XI.

UNNA für verwandt mit dem Lupus erythematosus hält. Dort spielen sich die hauptsächlichsten Veränderungen in den Haarfollikeln ab. Man kann deshalb gewiß auch denjenigen nicht unrecht geben, welche die Affektion als eine spezielle Lokalisation der Keratosis pilaris erythematosus (BROCCO, BESNIER etc.) betrachten, um so mehr, als man die Rötung und die regressiven Erscheinungen mit Ausgang in Narbenbildung in beiden Fällen beobachtet und die follikuläre Hyperkeratose selbst kein sicheres Kriterium zur Unterscheidung derselben gewährt. Beim Ulerythema ophryogenes beschränkt sich die Hyperkeratose nicht auf den obersten Teil des Follikels, sondern rückt bis zum untersten Drittel desselben vor. Im übrigen handelt es sich aber auch hier um eine wahre suprafollikuläre Hyperkeratose mit Verschluss der Follikelmündungen und Bildung von Horneysten wie bei der Keratosis pilaris rubra. Eine Trennung der beiden Formen läßt sich deshalb auch vom histologischen Gesichtspunkte aus nicht durchführen.

* * *

Wenn nun zwar die Hyperkeratose der Haarfollikel immer oder fast immer mit einer mehr oder weniger diffusen, flächenhaft ausgebreiteten Hyperkeratose vergesellschaftet ist, so erscheint erstere doch in klinischer Beziehung und in Anbetracht der Natur der befallenen Stellen als eine isolierte Erscheinung von der höchsten symptomatologischen Wichtigkeit. Die Bezeichnung „Keratosis follicularis“, mit der man gewisse Hautaffektionen belegt hat, bei denen dieses Symptom besonders gut entwickelt ist, erscheint demnach als gerechtfertigt.

Nicht so verhält es sich natürlich da, wo sich die Hyperkeratose an den Knäueldrüsenausführungsgängen lokalisiert, weshalb der poralen Hyperkeratose vom histologischen Gesichtspunkte mehr Wichtigkeit beigemessen werden muß, als vom klinischen. Diese Lokalisation beobachtet man aber hie und da, weshalb man Rücksicht darauf zu nehmen hat und sie etwas besser studieren sollte als bisher geschehen ist, um ihr eventuell auch in semiologischer Beziehung eine gewisse Bedeutung zu verschaffen. Die Hyperkeratose der Schweißsporen, oder porale Keratose oder Porokeratose, wie ich sie zu nennen vorgeschlagen habe, ist nämlich bisher, sowohl von den Dermatologen überhaupt als den Histopathologen, noch sehr wenig behandelt worden.

Wenn ich nicht irre war NEUMANN der erste, welcher 1875 bei der Publikation einiger Fälle von Lichen planus WILSON unter der seither wieder verlassenen Bezeichnung „Dermatitis circumscripta herpetiformis“²⁰

²⁰ NEUMANN, Über eine noch wenig gekannte Hautkrankheit etc. *Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph.* 1875.

die histologische Entdeckung machte, daß der Ausführungsgang einzelne Knäueldrüsen nahe an ihrer Mündung mit verhornten Zellen angefüllt war. Es scheint, daß er damals über diesen Befund sehr erstaunt war, den er später bei keiner anderen Krankheit mehr konstatierte. Nach ihm haben ROBINSON, CROCKER, TÖRÖK, UNNA etc. in ihren histologischen Untersuchungen über Lichen nachgewiesen, daß sich hier wirklich eine porale Keratose entwickelt, und daß diese Veränderungen gewisse Erscheinungen erklären, die man gewöhnlich bei den Lichenefflorescenzen antrifft. Auch UNNA hat festgestellt, daß die porale Keratose gerade jene unter den verschiedenen Formen der Lichenelemente kennzeichnet, die er „papula obtusa“ genannt hat; diese Papeln haben eine rundliche Form und tragen in ihrem Zentrum eine dem Schweißsporus entsprechende Umbilication oder eine Hornperle. In diesem Falle durchzieht der Knäueldrüsenkanal unverändert die Schleimschicht; in der Hornschicht aber geht seine Epithellage in eine Hornmasse über, welche die Farbreaktion des basalen Stratum corneum zeigt. Der Schweißsporus selbst ist von einer konzentrisch geschichteten Hornmasse angefüllt, welche sich später in eine kugelförmige, klinisch als ein kleiner eingekelter Zapfen erscheinende Perle verwandelt. Durch Druck läßt sich dieselbe entfernen, wonach an der Spitze der Papel eine feine Öffnung zurückbleibt, die aussieht als wäre sie von einer Nadelspitze gestochen. Durch die Oburation der Mündung dehnt sich der Knäueldrüsenkanal in den tieferen Partien aus; dasselbe geschieht mit dem Glomerulus dessen Epithel sich abflacht, während in seinem Lumen kleine rundliche unregelmäßige Massen entstehen, über deren Natur nichts festgestellt ist.

Ähnliche Veränderungen wurden mitgeteilt von JACQUET,²¹ GALEWSKY,²² NEUMANN²³ bei der Pityriasis rubra pilaris. Sie erwähnten dabei die bereits von uns hervorgehobene Thatsache, daß die Hornkegel in den charakteristischen isolierten Efflorescenzen nicht stets auf eine keratophore Veränderung der Follikel zurückzuführen sei, sondern hie und da durch Massen von verhornten Zellen in den Schweißsporen gebildet werden.

UNNA (*Histopathologie*) hat diesen Befund nicht nur bei den isolierten Papeln, sondern auch in den psoriasisartigen Plaques bestätigt und bezeichnet als porale Papeln diejenigen, die auf solche Weise entstehen; klinisch würden sie sich dadurch von den follikulären Papeln unterscheiden, daß sie kleiner sind als diese; histologisch würden sich diese porokeratotischen Veränderungen der Pityriasis rubra pilaris von denjenigen

²¹ In der Mitteilung von BESNIER, Du pityriasis rubra pilaire. *Annales*. 1889. No. 6.

²² GALEWSKY, Über Pityriasis rubra. *Arch. f. Derm. u. Syph. Ergänzungsh. I.* pag. 228.

²³ NEUMANN, Über Lichen ruber accuminatus planus und Pityriasis rubra pilaris. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Heft I. pag. 17.

des Lichen durch eine geringere Neigung zur Bildung konzentrischer Hornperlen unterscheiden, sowie durch die bedeutende Wucherung des Epithels der Schleimschicht in der Umgebung des Porus, bei welchem niemals die beim Lichenprozesse beobachteten Degenerationsvorgänge eintreten.

Auch bei der follikulären Keratose von DARIER, haben DARIER selbst,²⁴ BOECK (II), FABRY (III), PAWLOFF (IV) porale Keratose nachgewiesen, in Gestalt von hornartigen Konkretionen, die wie Pfropfen in die Schweissporen eingekellt waren. Dasselbe hat auch UNNA von der Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE angenommen (*Histopathologie*, pag. 288), indem er angiebt, daß die diffus ausgebreitete Hyperkeratose eine Strecke weit in die Schweissporen hineinreicht, obwohl es hier nicht zur Bildung von Hornmassen kommt.

Bei der Ichthyose, wo die follikuläre Hyperkeratose so häufig vorkommt, findet man sie selten an den Schweissporen,²⁵ welche zwar meistens erweitert und mit verdickten Wandungen gefunden wurden.²⁶ Dieser letztere Zustand war z. B. sehr ausgesprochen im Falle von GIOVANNINI,²⁷ wo die Knäueldrüsenkanäle nicht nur in ihrem epidermalen Abschnitte, sondern noch über einen guten Teil des dermalen enorm erweitert waren. Die Hornschicht in der Umgebung der so veränderten Kanäle war in einzelnen Präparaten 10—20 Mal dicker als in den angrenzenden Partien und bildete dort Anhäufungen, welche die Umgebung in Form von kegelförmigen oder abgeplatteten Hornpapeln überragten.

Bei dieser Gelegenheit wollen wir noch einige Fälle von naevusartigen Keratosen erwähnen, so denjenigen von BESNIER,²⁸ von HALLOPEAU,²⁹ den UNNA als „Naevus porokeratodes“ bezeichnete,³⁰ bei welchen die porale Hyperkeratose auf Grund der klinischen Untersuchung allein diagnostiziert wurde. In einem ähnlichen Falle von RESPIGHI³¹ wurde die Porokeratose ausserdem noch mikroskopisch nachgewiesen.

Die Krankheit jedoch, bei der, meines Wissens wenigstens dieser

²⁴ DARIER, De la psorospermose folliculaire végétante. *Ann. de dermat. et de syph.* 1889; — (II) BOECK, Vier Fälle von DARIERScher Krankheit. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. H. 3; — (III) FABRY, Über Psorospermien bei Hautkrankheiten. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. H. 3; — (IV) PAWLOFF, Zur Frage der sog. Psorospermose folliculaire végétante. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Ergänzungsh. II. 1893.

²⁵ Siehe den Fall von MARIANELLI in der angeführten Arbeit. Separatabdr. pag. 19.

²⁶ UNNA, *Histopathologie*. pag. 327, 328.

²⁷ GIOVANNINI, Di un caso d'ittiosi con ipertrofia delle glandole sudorifere. *Giorn. d. Reale Accad. di Med. di Torino*. 1893. Fasc. VIII. 12 und *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. H. I.

²⁸ BESNIER, Übersetzung von KAPOSI. Bd. II. pag. 43. Bemerk.

²⁹ HALLOPEAU, *Ann. de dermat. et de syph.* 1891. pag. 221.

³⁰ *Histopathologie*. pag. 1160.

³¹ RESPIGHI, Sulla trasformabilità dei nei in tumori maligni. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle*. 1894. Fasc. I.

Verhornungsprozess der Knäueldrüsenausführungsgänge am meisten ausgesprochen, ist jene eigentümliche Form von Keratodermie die vor drei Jahren gleichzeitig von RESPIGHI und von mir beschrieben worden ist und die ich als Porokeratose oder porale Keratose bezeichnete.³² Dieselbe zeichnet sich aus durch das Auftreten von charakteristischen verhornten Plaques die sich mit Vorliebe auf der Streckseite der Vorderarme, der Hand- und Fußrücken, zuweilen aber auch auf dem Haarboden, im Gesicht, am Scrotum, an den großen Labien, am Perineum und an der Glutaealgegend lokalisieren. Jede Plaque besteht aus einem wallartigen Rande von kegelstumpfförmigem Querschnitte, der sich eine Strecke weit auf der Hautoberfläche in Form einer unregelmäßig gewundenen Linie hinzieht und einen Raum umschließt, der ein verschiedenes Aussehen bieten kann. Der Durchmesser der Plaques variiert von 1 mm bis 10 cm. In dem von mir im *internationalen Atlas* veröffentlichten Falle bildete der periphere Wall der sehr großen Plaque eine ununterbrochene landkartenartige Linie, welche sich vom rechten Handrücken über die ganze hintere Fläche des Vorderarms bis oberhalb des Ellenbogens erstreckte. Die Dicke des Randes selbst ist verschieden, immer zeichnet sich auf seiner Spitze eine schmale Rinne ab, in welcher eine beinahe kontinuierliche Hornlamelle verläuft. Der zentrale Teil der Plaque ist bald ganz oder beinahe ganz normal; bald sind die normalen Hautfurchen stärker ausgeprägt, was auf eine diffuse Hyperkeratose schließen lässt; bald sieht man vereinzelte komedoartige Erhabenheiten von Hornsubstanz; zuweilen aber erreicht die Hyperkeratose stärkere Grade, so daß sich die zentrale Plaque bis auf Wallhöhe erhebt, wobei dann Formen entstehen, welche gewöhnlichen Warzen oder professionellen Schwielenbildungen ähnlich sehen. In Fällen der letzteren Art löst sich die zentrale verhornte Partie los und fällt in toto ab um sich nicht wieder zu bilden. Von der Plaque bleibt nur noch der periphere Rand übrig, der niemals keratolytische Erscheinungen zeigt und infolgedessen das konstanteste und hauptsächlichste Symptom des Krankheitsbildes ausmacht.

Jede Efflorescenz beginnt isoliert, ohne daß andere Veränderungen oder allgemeine Erscheinungen von Hyperkeratose vorangegangen wären, als eine einfache hornige Erhabenheit in Form eines abgestumpften Kegels, in dessen Spitze ein kleiner, trockener, komedoartiger Pfropfen steckt. Die initiale Efflorescenz breitet sich aus, indem sie sich an der

³² MIBELLI, *Atlas intern.* 1893. Liv. IX. Taf. XXVII; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1893. III; — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVII. No. 9; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1894. Fasc. I e III; — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1885. Bd. XX. No. 6; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1895. Fasc. II; — RESPIGHI, *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1893. Fasc. III; — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XVIII. pag. 70; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1895. Fasc. I; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1896. Fasc. II.

Spitze abflacht. Sobald sie einen Durchmesser von 1 oder 2 mm erreicht hat, so läßt sich an ihr mit der Lupe bereits das charakteristische Aussehen einer scheibenförmigen, von einem Walle umgebenen Plaque erkennen; dies um so besser, wenn der zentrale komedoartige Körper frühzeitig abfällt, wie dies öfters geschieht. Die Plaques vergrößern sich dann äußerst langsam weiter, indem sich der periphere Wall ausdehnt. Nachdem sie eine gewisse Größe erreicht haben, bleiben sie jahrelang stationär oder einige verschwinden spontan nach Monaten oder Jahren. Der größte Teil derselben bleibt jedoch bestehen und bilden sich sogar wieder wenn man sie durch tiefe Einschnitte extirpiert. In den bisher beobachteten Fällen hat man auch bei 40jähriger Dauer der Krankheit (RESPIGHI) niemals eine Heilung dieser sonderbaren Affektion gesehen. Übrigens verläuft dieselbe gänzlich geräuschlos, sowohl in Bezug auf die Hautsensibilität als auf den Allgemeinzustand der Patienten.

Auch histologisch erweist sich diese Affektion als ganz eigenartig, indem keine andere Keratodermatose und noch weniger die übrigen durchgenommenen follikulären oder poralen Keratosen einen ähnlichen Befund liefern.

Die hauptsächlichsten histologischen Merkmale der Hyperkeratose bestehen in folgendem: 1. Beträchtliche Verdickung der mittleren Hornschicht, welche in den mit Osmium behandelten Präparaten als eine helle, farblose Zone polygonaler Zellen mit scharfen Konturen und Überresten von Kernen erscheint. Sie liegt zwischen zwei schwarzen Schichten an Stellen, wo die Hornschicht unter normalen Verhältnissen einen einfacheren Bau zeigt und nicht in drei Schichten differenziert ist. 2. Oberhalb der oberen schwarzen Schicht des Stratum corneum breitet sich eine Lage unregelmäßig geschichteter, großer, vollständig verhornter Zellen aus, die gelblichbraun gefärbt sind, einen deutlichen Kern führen und besser individualisiert sind als in der mittleren Schicht. 3. Verdickung der unteren hellen Zone des Stratum lucidum, dessen Zellen noch größer sind als unter normalen Verhältnissen und ihre zwar kleinen aber färbbaren Kerne beibehalten haben. 4. Das Stratum granulosum ist bald verdickt, bald reduziert, bald fehlt es vollständig, bald enthält es nur wenig oder gar kein Keratohyalin. 5. Die interpapillären Fortsätze der Schleimschicht sind verlängert und verdickt, während die entsprechenden Papillen verkleinert sind. 6. Leichte und nicht konstante entzündliche Erscheinungen in der papillären Cutis: kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäße oder in Herden und unabhängig von den Gefäßen, an Stellen, welche der stärksten Hyperkeratose entsprechen; Gefäßdilatation im oberflächlichen Netze in den älteren und entwickelteren Plaques.

Die Hyperkeratose erstreckt sich gewöhnlich über die ganze Plaque doch ist sie im Innern derselben nicht überall gleich stark entwickelt,

kann auch vollständig fehlen. Am peripheren Walle hingegen fehlt sie niemals; im Gegenteil ist sie hier viel ausgesprochener und dient auch dazu, der Affektion ihr charakteristisches Gepräge zu geben. Die Stauungs- oder Retentionerscheinungen von Hornsubstanz führen hier nicht zur Bildung von einfachen Cysten oder Hornperlen, wie in den anderen Fällen, sondern zu einer kontinuierlichen, tief in die Rinne eingepflanzten Hornlamelle oder Hornringen, statt eines einfachen Zapfens oder Hornkegels. In Schnitten, welche parallel zur Hautoberfläche geführt sind, erscheint die Kontinuität dieses Hornringes noch viel klarer durch das verschiedene Verhalten derselben gegenüber Farbstoffen im Vergleiche zur Umgebung.

In senkrechten Schnitten bildet dieser Ring ein pfropfenartiges Gebilde, welches die Achse des Walles durchzieht; gleichzeitig sieht man aber auch hier noch deutlicher die übrigen Einzelheiten, welche ihn hervortreten lassen und seine Entschuppungsweise erklären. In osmierten Präparaten erhebt sich nämlich die kompakte schwarze Linie der oberflächlichen Hornschicht rasch in die Höhe und bildet eine konische Erhabenheit mit einer kraterförmigen Vertiefung an der Spitze. Die untere schwarze Linie hingegen verläuft in entgegengesetzter Richtung, bildet eine breite und tiefe dütenförmige Einsenkung mit der Spitze nach unten. Mit der begleitenden Schleimschicht bildet diese Einsenkung einen dicken, interpapillären Epithelzapfen, der zwei- bis dreimal länger ist als die umgebenden. Der Raum zwischen den beiden schwarzen Zonen wird von der mittleren farblosen aber enorm verdickten Hornschicht eingenommen. Die Achse dieses Doppelkegels durchzieht nun ein breiter Streifen einer hornartigen Substanz, welche über die kraterförmige Vertiefung des oberen Kegels hinausragt. Dieser zentrale Pfropf unterscheidet sich deutlich von der umgebenden Hornsubstanz durch die Anwesenheit von zahlreichen durch Alaunkarmin intensiv färbbaren Körnchen und Kernen, sowie durch die verschiedene Färbung welche er in den mit Flemmingscher Lösung behandelten Präparaten annimmt. Der gewundene, spiralförmige Verlauf dieses Hornstreifens, sowie die rundlichen Öffnungen, die ihn stellenweise unterbrechen, lassen erkennen, daß er dem intrakornealen Verlaufe eines Knäueldrüsenganges entspricht, dessen Wandungen durch ihre Verhornung das Lumen obliteriert und Retentionerscheinungen des neugebildeten atypischen Hornmaterials herbeigeführt haben. Außerdem geht der beschriebene Hornpfropfen öfters in den intradermalen Abschnitt des Knäueldrüsenkanals über, was natürlich nicht in allen Präparaten sichtbar sein kann, indem die Schnitte eben nicht immer gerade durch die Spitze des Kegels führen.

Auch im Zentrum der Plaques sieht man öfters keratotische Läsionen der Knäueldrüsengänge und zwar nach demselben Typus wie am peripheren

Walle; doch sind sie meist schwächer entwickelt als diese und stellen gleichsam die ersten Phasen der Veränderung dar. Nach meinen Präparaten bleibt kein einziger Schweißporus von diesem Prozesse verschont.

Die porale Hyperkeratose wird auch da, wo sie sich leichter erkennen läßt, stets von einem starken Herabtreten der basalen Hornschicht in die Verlängerung des Knäueldrüsenkanals begleitet; die Wandungen des Schweißporus sind dann hyperkeratotisch verändert, nicht nur bis zur Spitze des Fortsatzes, sondern auch noch eine Strecke weit in den dermalen Abschnitt des Kanals hinein. Das Vorkommen des stark verdickten hellen Anteils der basalen Hornschicht bis ans untere Ende des peripheren Hornwalles bildet ein weiteres histologisches Merkmal zur Unterscheidung dieser eigentümlichen Läsion von den analogen bei den anderen follikulären oder poralen Keratosen. Zur Stütze meiner Ansicht über die beschriebenen Veränderungen muß ich noch beifügen, daß denselben entsprechend in allen Präparaten dicke Schweißdrüsen mit außerordentlich erweiterten Knäuelgängen zu sehen sind, die sogar zuweilen in wahre Cystenhöhlen verwandelt sind.

Da ich in keinem meiner Präparate auf mehreren hundert von Schnitten eine einzige Talgdrüse oder einen einzigen Follikel hatte nachweisen können, so wurde ich bei meiner ersten Mitteilung über diese Frage zur Annahme verleitet, daß diese Organe durch Atrophie verschwunden waren; ich glaubte ferner, daß nicht sie an der Bildung der Hornmassen beteiligt waren, sondern nur die Schweißsporen. Da es dann aber RESPIGHI gelang auch in den Mündungen der Follikel solche Verhornung nachzuweisen, habe ich meine Untersuchungen weiter verfolgt und bin auch dazu gelangt, in einzelnen Präparaten ein kleines Lanugohärchen mit der dazugehörigen Talgdrüse zu entdecken. Ich konnte mich dagegen überzeugen, daß der Hornzapfen nicht, wie es bei oberflächlicher Untersuchung den Anschein hat, in einer Follikelmündung steckt, sondern in einem unmittelbar angrenzenden und in einer anderen optischen Ebene gelegenen Schweißporus. Auch da, wo die Follikelmündung erweitert und verhornt ist, läßt sich doch erkennen, daß die in ihr enthaltenen Hornmassen in Bezug auf ihr Verhalten gegenüber Farbstoffen, auf ihre Struktur, auf die Form und Entwicklungsweise, keine entfernte Ähnlichkeit haben mit denjenigen, die sich im benachbarten Schweißporus angesammelt haben.

Die porale Keratose bildet an sich schon bei dieser Affektion eine sehr wichtige Erscheinung, weil sie eine primäre Läsion darstellt, die nicht aus dem Übergreifen einer diffusen Hyperkeratose auf die Schweißsporen entstanden ist; sie muß aber außerdem noch höchst wahrscheinlich als die Grundursache des besonderen Aussehens der keratotischen Veränderungen angesehen werden. Dem histologischen Befunde entspricht

also hier die äußere Erscheinung und aus dieser läßt es sich wieder auf den anatomischen Sitz der Veränderungen schließen, gleichwie man aus der abgestumpften Form gewisser Lichenpapeln erkennen kann, daß es sich um eine porale und nicht um eine follikuläre oder sonst welche Papei handelt.

(Schluß folgt.)

Ver samml ungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Februar 1897.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin).

Herr LÖWENSTEIN stellt eine Patientin aus der Poliklinik des Dr. LEDERMANN vor. Die auf beiden Vorderarmen sowie in der Lendengegend sitzende hartnäckige Hautaffektion hatte im Anfang das Aussehen eines chronischen squamösen Ekzems, bestand jedoch, wie bei näherer Untersuchung sich herausstellte, aus **Lichen ruber planus**-Knötchen.

Da der Lichen ruber unter Arsen geheilt ist, hat sich eine exorbitante Pigmentierung der gesamten Lenden-, Oberschenkel- und Wadengegend eingestellt.

Die zweite Patientin suchte die Poliklinik wegen eines **syphilitischen Ikterus** auf. Zahlreiche nässende Papeln in der Analgegend, Papeln in den Nasolabialfalten und der linken Axilla, sowie Roseola auf Brust und Bauch sicherten die Diagnose Lues. Nach Angabe hat vor 9—10 Wochen ein Ulcus bestanden. Leberdämpfung überragt den Rippenrand um drei Fingerbreite. Der Leberrand ist glatt, hart, scharfkantig, in der Gallenblasengegend deutliche, druckempfindliche Resistenz: also Ikterus im Frühstadium der Syphilis. Es kann sich handeln 1. um Papillenbildung im ductus choledochus, 2. um Lymphadenitis an der Porta hepatica mit Druck auf den Gallengang, 3. um akute interstitielle Hepatitis. Bei diesem Falle scheint es sich nach der Erstuntersuchung, sowie der schon beginnenden Rückbildung des Ikterus um die ad 1 beschriebene Ursache zu handeln.

Herr BRUHNS: **Zwei Fälle von tertiärer Zungensyphilis, Glossitis sclerosa.** Bei dem einen Patienten, einem 49jährigen Manne, erfolgte die Infektion vor 15 Jahren. Vor 10 Jahren zum ersten Male, vor 4 Jahren nochmals Schwellung der Zunge und das letzte Mal auch der rechten Wange. Auf Hg-Kur jedesmal Besserung. Seit zwei Jahren besteht ziemlich unverändert eine derbe Anschwellung der Zunge und der rechten Wange. Letztere verhindert dem Patienten den Mund zu öffnen. Die Oberfläche der Zunge hat gelapptes Aussehen, zwischen vielen unregelmäßigen Erhebungen ziehen sich tiefe Furchen hin. Schleimhaut blaß, Reste von Ulcerationen und Erosionen, Konsistenz der ganzen Zunge außerordentlich hart. Die nicht scharf abgrenzbare Schwellung der rechten Wange ebenfalls sehr hart; innere Fläche der Wange ebenso uneben, wie die Oberfläche der Zunge. Linke Wange und Gaumen zeigen nichts besonderes. Rechts Submaxillardrüsen mäßig vergrößert, andere

Drüsen nicht geschwollen, keine sonstigen spezifischen Symptome, dagegen Zeichen beginnender Tabes. Im Gegensatz zu den im Beginne der tertiären Zungenerkrankungen auftretenden Gummata, die leicht zerfallen, haben sich hier die Infiltrate organisiert und durch Bildung von fibrösem Gewebe zur Sklerosierung der Zunge geführt. Es liegt hier, da sich das Narbengewebe in die Tiefe der Zunge erstreckt, eine *Glossitis sclerosa profunda* vor.

Der zweite Patient, 27 Jahre alt, acquirierte 1893 ein *Ulcus durum* und machte eine Spritzkur durch, 1895 noch eine solche. Vor einem halben Jahre bemerkte er eine unbedeutende Schmerzhaftigkeit links vorn an der Zunge, bald darauf entstand eine Anschwellung und später Abschürfungen und schmerzhaftes Geschwüre, wegen deren er das Spital aufsuchte. Die linke Zungenhälfte ist in ihrem vorderen Teile verdickt, die Oberfläche höckerig, die Höcker sind aber kleiner und die Furchen lange nicht so tief wie im ersten Falle; auf den erkrankten Partien Reste von Ulcerationen. Konsistenz dieser Teile der Zunge sehr fest, deutlicher Unterschied gegenüber dem normalen Gewebe. Auch hier liegt eine *Glossitis sclerosa profunda* vor. Die anfangs recht ausgedehnten Ulcerationen hatten garnicht das Aussehen von Gummata, offenbar sind sie nur accidentell. Differential-diagnostisch kam bei dem älteren Patienten wegen der Anschwellung der Submaxillardrüsen und des hinfalligen Aussehens Carcinom in Betracht. Doch sahen die Ulcerationen nicht wie carcinomatöse aus. Hervorzuheben ist, dafs in solchen Fällen die Diagnose ex juvantibus (JK und Hg) nicht sicher entscheidet, da das konsolidierte Narbengewebe sich nicht zurückbildet, höchstens durch Resorption etwaiger frischer Infiltrate ein geringer Rückgang der Schwellung eintreten könnte.

Herr LESSER versucht in diesen beiden Fällen Kalomelinjektionen, weil diese nach Ansicht der französischen Dermatologen, die bis vor kurzem Feinde aller Injektionen waren, die wirksamsten sind. Eine wesentliche Besserung erwartet er trotzdem nicht.

Herr LASSAR meint, dafs man trotz der Hartnäckigkeit dieser Affektionen durch ausdauernde Behandlung schliesslich doch zum Ziele kommen kann.

Herr JOSEPH: Über **Hauttuberkulose** mit Krankenvorstellung. Der 15jährige Knabe zeigt das Bild eines über grofse Strecken des Körpers verbreiteten Lupus. JOSEPH unterscheidet drei Arten der Entstehung der Hauttuberkulose: 1. durch Infektion von aussen, 2. die hämatogene Entstehung, 3. durch Übergang von einem unter der Haut liegenden Gewebe auf diese Knochen, Gelenke etc. Vortragender erinnert an das von ihm am Demonstrationsabend im vorigen März vorgestellte junge Mädchen mit der ausgedehnten Hautaffektion am Hals und Oberkörper, die wie Lupus aussah und doch durch eine Inunktionskur geheilt wurde. Da hier bei dem Knaben der Augenbefund die Annahme einer hereditären Lues zuläfst, so hält Vortragender es nicht für ausgeschlossen, dafs Lues mit Tuberkulose zusammen vorliegt. Ein solches Zusammentreffen haben MICHELSON und CASPARI bei einem Falle von Lichen syphiliticus beschrieben. Er will den Knaben eine Schmierkur durchmachen lassen und ihn dann später wieder vorstellen.

Herr P. RONA: Über **Urticaria mit Pigmentbildung** (mit mikroskopischen Demonstrationen). Herr R. hat einen Fall von chronischer Urticaria mit Pigmentbildung beobachtet. Seit 7 Jahren treten ohne nachweisbare Ursache bei dem 25jährigen kräftigen Manne in Intervallen und unter Jucken Urticariaeruptionen auf; erst später bildeten sich die Pigmentflecke aus. Sein ganzer Körper, mit Ausnahme des Kopfes, ist von diesen ein- bis fünfmarkstückgrofsen Pigmentflecken bedeckt, die durch grofse Strecken normaler, weißer Haut von einander getrennt sind. Beim

Klopfen der Haut, ganz besonders aber in der Wärme, wenn Patient schwitzt bilden sich Quaddeln spontan. Vortragender hat das excidierte Stück eines solchen Pigmentflecks histologisch untersucht, um das pathologisch-anatomische Bild der Urticaria mit Pigmentbildung festzustellen und hat folgendes gefunden: Im obersten Corium ein mäßiges Infiltrat, welches teils dicht in Zellhaufen und Zellsträngen die subpapillären Gefäße umgiebt, teils mehr diffus in den Papillen und der subpapillären Schicht verteilt ist. Die dichte Infiltration begleitet nach oben hin niemals die Papillarschlingen, sendet jedoch die Talg- und Schweißdrüsenausführungsgänge begleitenden Ausläufer in die Tiefe; die Schweißdrüsenknäuel sind stets frei von Infiltrat. Das Infiltrat besteht aus mononukleären Leukocyten, weniger aus Plasmazellen, auffällig gering ist die Zahl der Mastzellen, dieselben fehlen dort vollständig, wo der Prozeß am stärksten ausgebildet ist; etwas reichlicher findet man sie in der Tiefe, in der Gegend der Talgdrüsen. Außerdem finden sich in dem subpapillären Corium Massen länglich-faseriger Gebilde, teilweise ein unentwirrbares Konvolut darstellend, die teils ganz bizarre Formen zeigen, teils an Bindegewebskörperchen erinnern. Sie sind Produkte der Stauung und von DINKLER und JADASSOHN bei anderer Gelegenheit beschrieben. Die Wirkung der Stauung zeigt sich auch am Bindegewebe, Lymphspalten und Lymphgefäße sind verbreitert; ebenso sind die Blutgefäße erweitert. Geringe, aber deutliche Veränderungen zeigt auch die Epidermis, die Epidermiszacken sind verlängert, die Interzellularräume hier und da mit Leukocyten erfüllt; auch Horncysten finden sich vereinzelt, wie sie BEHREND beim Pemphigus acutus beschrieben hat, sowohl in der Epidermis, wie im Corium. Ihre Herkunft in der Epidermis ist nicht ganz klar; ein Zusammenhang mit den Schweißdrüsenausführungsgängen ist nicht nachzuweisen.

Das Pigment findet sich unter dem Mikroskop spärlicher als man erwarten sollte. Dort, wo es vorhanden ist, zeigt es sich in den obersten Schichten des Rete Malpighii, außerdem finden sich hier und da Pigmentzellen im obersten Corium. Die Pigmentbildung hat keine prinzipielle Bedeutung, sie ist nur eine Begleiterscheinung. Resumé: Das Hauptgewicht ist also auf den Mangel der Mastzellen zu legen, dies ist gegenüber den Mastzellentumoren der Urticaria pigmentosa charakteristisch genug, um die beiden Krankheitsbilder nicht nur klinisch, sondern auch pathologisch-anatomisch zu trennen und die Anwendung derselben Bezeichnung für beide promiscue zu verbieten. QUINQUAUD ist der einzige, der analoge Untersuchungen gemacht hat; er ist zu demselben Resultat gekommen.

Einige vom Redner aufgestellte Präparate demonstrieren diesen Befund.

Herr JOSEPH hebt noch einmal hervor, daß wir nunmehr nicht nur klinisch, sondern auch anatomisch gezwungen sind, die beiden Krankheitsbilder der Urticaria pigmentosa und der chronischen Urticaria mit Pigmentbildung voneinander zu trennen, er betont aber zugleich, daß die histologische Untersuchung damit keineswegs abgeschlossen ist, sondern es erforderlich sei, jeden klinisch abweichenden Fall histologisch zu untersuchen.

Herr MEISSNER: Über **Kataphorese der Haut** (mit experimenteller Demonstration). Mit Kataphorese bezeichnet man den Vorgang, der statthat, wenn ein elektrischer Strom durch einen feuchtporösen Leiter zwischen feuchten Elektroden hindurchgeleitet wird. Die Lehre von der Kataphorese ist durch DU BOIS-REYMOND, WIEDEMANN, QUINCKE und MUNK ausgebaut worden, und man hat schon frühzeitig versucht, diesen Prozeß zu benutzen, um differente Flüssigkeiten in lebende Gewebe einzuführen. MUNK hat gezeigt, daß man Jodkalium und Strychnin auf diesem Wege in die gesunde Haut einführen kann, ohne dieselbe zu verletzen. Will man jedoch größere Mengen solcher Körper in die Gewebe bringen, so muß man, wie der Vor-

tragende hervorhebt, die Richtung des Stromes von Zeit zu Zeit ändern, so daß beide Elektroden zur Wirkung kommen. Um dies beim Patienten machen zu können, schien es wichtig, einen Apparat zu haben, der den Arzt unnötig macht, also einen selbstthätigen Stromwender, der im Optimum der Zeit den Strom umkehrt. Vortragender erklärt nun das Prinzip eines solchen von ihm angegebenen Apparates mit Hülfe einer Zeichnung: Auf einem einfachen Zifferblatte sind zwei Kontakttringe angebracht, welche aus kurzen 5 Minutenstücken bestehen. Auf diesen zwei Kontakttringen schleift ein Zeigerpaar, welches den Strom von der Batterie durch Vermittelung von Schleifenfedern führt. Je nachdem nun der rechte oder der linke Zeigerteil auf einer geraden oder ungeraden Nummer der 5 Minutenstücke zu stehen kommt, wird die Richtung des Stromes geändert und zwar dadurch, daß sämtliche paaren und sämtliche unpaaren untereinander leitend verbunden sind. 5 Minuten sind durch Tierversuche ungefähr als das Optimum festgestellt. Daß die Einführung von Arzneistoffen durch den konstanten Strom in unverhältnismäßig geringerem Grade gelingt als durch den gewechselten, demonstriert Vortragender durch das Experiment an zwei genau gleich schweren Kaninchen, denen kataphoretisch Strychnin eingeführt wird, dem einen mit gewechseltem, dem andern mit ungewechseltem Strome. Die benutzten Elektroden bestehen aus Messingröhren, in welche Wattebäusche gethan werden, die mit 4%iger Strychninlösung getränkt werden; für Lösungen von Quecksilberpräparaten benutzt Redner Röhrchen aus Glas mit Zinkstift. Diese Elektroden werden je einer Seite eines von Haaren befreiten Schenkels angelegt. Um sich die Wirkung des Stromwechsels zu erklären, denke man sich, wie der Vortragende an einer Zeichnung demonstrierte, einen Cylinder von geronnenem Hühnereiweiß zwischen zwei Elektroden eingeschaltet, die mit Kupfersulfatlösung getränkt sind (dasselbe zeichnet sich durch blaugrüne Farbe ab). Dann wird die besser leitende Elektrodenflüssigkeit vom positiven Pol aus in den Eiweißcylinder hineingepreßt und drängt das schlechter leitende Wasser des Cylinders vor sich her. Nun besteht die merkwürdige Thatsache, daß die schlechter leitende Flüssigkeit, in diesem Falle das Wasser, sich schneller in dem Eiweißcylinder fortbewegt, als die besser leitende Elektrodenflüssigkeit, infolgedessen entsteht eine Zone der Austrocknung, welche das Wasser bereits verlassen, das Kupfersulfat noch nicht erreicht hat. Sie markiert sich äußerlich als eine Schnürung oder Würgung. Da diese Zone der Austrocknung der weiteren Einwirkung des Stromes einen Widerstand entgegensetzt, so muß man, um einen weiteren Effekt zu erzielen, den Strom wenden. Da beide Elektroden zur Wirkung kommen, so muß man sie auch beide auf der zu behandelnden Hautstelle anbringen, abgesehen davon, daß das Halten einer derselben in der Hand, wie bei der Elektrolyse, zu große Leitungswiderstände einschalten würde. Diese Wirkung des elektrischen Stromes reicht allerdings nicht aus, etwas in eines der inneren Organe einzuführen; um eine Allgemeinwirkung zu erzielen, genügt es jedoch, die heterogene Substanz in den Bereich der Lymphbahnen zu bringen, und dies geschieht mittelst des gewechselten Stromes so intensiv, daß bei Durchleitung von JK durch den Arm eines erwachsenen Menschen sich bereits nach 17 Minuten Jod im Harne nachweisen läßt. Vortragender empfiehlt nun die Kataphorese zur therapeutischen Verwendung, namentlich bei parasitären Hauterkrankungen, um Desinficientien (Sublimat) in die Tiefe des Coriums zu bringen. Er selbst hat bei Herpes tonsurans durch Einführung von Sublimat, sowie bei Lichen ruber durch solche von Solut. arsenical. Fowleri in die Knötchenpartien günstige Erfolge gesehen. Um zu zeigen, daß die Verwendung der Kataphorese in der Therapie keine einseitige ist, weist der Vortragende auf eine letzthin publizierte Zeitungsnachricht hin von der phänomenalen Entdeckung eines Zahnarztes in Frankfurt a. M., dem es gelungen sei, Anästhetika mittelst des elektri-

schen Stromes in das Zahnfleisch einzuführen und die Operationen am Periost schmerzlos zu machen. In Wirklichkeit handelt es sich um den Vorgang, den MUNK schon vor 20 Jahren beschrieben hat. Bei dieser Kataphorese handelt es sich auch nicht um elektrolytische Vorgänge; solche treten nur dann ein, wenn fehlerhafter Weise zu starke Ströme benutzt werden; vielmehr ist die Kataphorese als eine rein mechanische Wirkung des elektrischen Stromes zu betrachten. Diese Wirkung geht daher auch vom positiven Pole aus, während sie am negativen minimal ist. Endlich handelt es sich auch nicht um Induktions-, sondern um konstanten Strom.

Am Ende des Vortrages zeigt sich deutlich die Wirkung des Strychnins an den beiden Versuchstieren. Während das dem gewechselten Strome ausgesetzte Kaninchen im Opistotonus zu Grunde geht, zeigt das andere kaum Spuren der Strychninwirkung.

Herr SAALFELD hat vor einigen Jahren die Kataphorese therapeutisch verwandt. Er hat Kinder mit Herpes tonsurans durch Einführung von Sublimat geheilt und Fälle von Sykosis parasitaria recht günstig beeinflusst. Auch hat er auf diese Weise mittelst 2—4%iger Kokainlösung Hautstellen anästhesiert, die er elektrolytisch enthaaren wollte. Er hat nur den negativen Pol benutzt und doch schon nach einer Minute Anästhesie erzielt.

Herr HELLER vermischt in dem Vortrage die Anführung der Litteratur. Er fragt, wie sich Herr MEISSNER zu den Experimenten von ULLMANN und den Versuchen mit dem GÄRTNERSCHEN Zweizellenbade stelle? Derselbe habe keine befriedigenden Resultate erhalten, allerdings auch nicht den Strom gewechselt.

Herr MEISSNER erklärt den Erfolg, den Herr SAALFELD mit dem negativen Pol gehabt hat, damit, daß das Anästhetikum nur bis zu den obersten Schichten des Coriums vorzudringen braucht. Die Litteratur sei ihm wohl bekannt. In Amerika habe man den Wechselstrom sogar in der Gerbeteknik versucht. Auf dem Frankfurter Naturforscherkongress habe auch Herr KARFUNKEL (Cudowa) über Kataphorese gesprochen, die er jedoch ohne Wechselstrom angewandt hat. Die von Herrn K. angegebenen Mengen von Quecksilber, die derselbe nach Kataphorese im Sublimatbade gefunden haben will, hält Herr M. für zu hoch.

Herr ÖSTREICHER: Über laryngeale und tracheale Lues. Der erste Patient, den Herr Ö. vorstellt, hat eine Reinfektion durchgemacht. 1873 zum ersten Male syphilitisch infiziert, wurde er in einem Krankenhause durch eine Schmierkur geheilt, die er gut vertragen hat. 1892 hat er zum zweiten Male ein Ulcus durum acquiriert und machte wieder eine Schmierkur durch. Als er jedoch im Sommer 1893 wegen eines Recidivs im Halse wieder einer Schmierkur unterworfen werden sollte, traten in der Nacht nach der dritten Einreibung so starke Erstickungsanfälle auf, daß er tracheotomiert werden mußte. Damals wurde eine Perichondritis angenommen, welche zu Glottisödem führte. 1895 kam Patient wegen eines phagedänischen Schankers, der durch Ätzung mit reiner Karbolsäure (NEISSER) geheilt wurde, wieder in die Behandlung; da bei demselben zugleich noch Erscheinungen einer schweren Syphilis bestanden, so wurde wieder eine Inunktionskur eingeleitet; aber sofort traten wieder Suffokationserscheinungen auf. Herr Prof. KRAUSE, dem der Kranke jetzt zur Untersuchung zugeführt wurde, konstatierte folgenden Kehlkopfbefund: Der rechte Aryknorpel ist stark vergrößert und unbeweglich, ebenso steht das rechte Stimmband in Mittellinie und ist exkaviert; der linke Aryknorpel ist normal groß, ebenso das linke Ligamentum ary-epiglotticum, jedoch ist die Abduktionsfähigkeit um die Hälfte herabgesetzt. Das linke Stimmband entfernt sich vom rechten bei der Respiration nur halb so weit, wie gewöhnlich; bei der Phonation erreicht es die Mittellinie. Adduktion ist also völlig erhalten, Abduktion nur teilweise möglich. Ulcerationen, Narben, Defekte sind nicht nachweisbar. Diagnose: Rechts: komplette Ankylose der

Articulatio crico-arytaenoida, links: Einschränkung der Beweglichkeit, wahrscheinlich infolge einer abgelaufenen Perichondritis in der Umgebung des Gelenkes. Trotzdem das Larynxlumen um ein viertel des Normalen verengt ist, kann der Patient frei atmen, da der vorhandene Spalt hierzu ausreicht. Der Patient ist auch während eines Anfalles von Dyspnoe untersucht worden. Einspritzungen mit Quecksilberpräparaten, sowie innerliche Darreichung werden übrigens ohne diese Störungen vertragen. In der Litteratur sind Fälle genug beschrieben, wo bei Syphilitischen die Tracheotomie nötig wurde (ARMAND DESPRÉS, *Gazette des Hôpit.* 1879. LEWIN, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Larynxsyphilis. *Charité-Annalen.* 1888). Allein ein solcher Fall, wo bei sonst ungestörter Atmung sofort nach Einleitung einer Inunktionskur Erstickungsanfälle auftreten, steht einzig da und zur Erklärung desselben kann Vortragender nur eine Vermutung von Prof. KRAUSE mitteilen, daß es sich hierbei vielleicht um eine Reizung der Larynxnerven durch verdampfendes Quecksilber handelt.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine 38jährige Frau mit einem Atmungshindernis in der Trachea, das ein lautes Atmungsgeräusch von sägendem Charakter erzeugt, während der Larynx frei ist. Die Frau ist wegen ausgedehnter Hautsyphilide in Behandlung gekommen, welche seit $4\frac{1}{2}$ Jahren bestehen. Über die Art der Infektion war nichts zu eruieren. Sie ist seit 8 Jahren verheiratet und hat drei Kinder gehabt, von denen das älteste gesund ist, das zweite im Alter von $1\frac{3}{4}$ Jahren angeblich an Tuberkulose, das dritte einige Wochen nach der Geburt nach Ausbruch eines Exanthems zu Grunde gegangen ist. Eine Inunktionskur hat wohl die Hauterscheinungen, nicht aber die Trachealstenose gebessert, trotzdem muß dieselbe als syphilitische betrachtet werden. Die laryngoskopische Untersuchung, die Auskultation und Perkussion ergeben nichts, dagegen stößt eine eingeführte Bougie dicht über der Bifurkation auf ein Hindernis. Andere Ursachen für die Stenosierung könnten Exostosen, Enchondrome, Sarkome und ähnliche Geschwülste sein, welche von der Trachea oder ihrer Umgebung ausgingen. Es müßten dieselben dann nur nach innen wachsen und allmählich die Beschwerden erhöhen. Letzteres ist aber nicht der Fall, im Gegenteil waren sie anfangs schlimmer. Gegen ein Aneurysma spricht das Fehlen jeder Pulsation. Am wahrscheinlichsten sind syphilitische Veränderungen gummöser Art. Diese kommen vor: 1. als gummöse Infiltration der Trachea; sie breiten sich diffus aus, gehen in Ulcerationen über, führen zur Perichondritis trachealis mit Blosslegung und nekrotischer Abstoßung des Knorpels; 2. als gummöse Erkrankung des peritrachealen Bindegewebes. Dasselbe verdickt sich, es tritt eine Induration ein und es entwickelt sich eine Stenosierung des Trachealrohres a) durch das derbe Infiltrat, b) durch Narbenbildung. Andere Folgezustände sind Verkürzungen, Drehungen und Knickungen der Trachea. GERHARDT (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.*) giebt als Sitz dieser Zustände die Gegend der Bifurkation an. Zugleich erwähnt derselbe, daß Kranke mit Trachealstenose den Kopf gerade, solche mit Larynxstenose nach hinten über halten.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Februar 1897.

(Original-Bericht von LOUIS WICKHAM-Paris.)

Über die Aknitis. Herr BARTHÉLEMY. Entgegen der gegenwärtigen Tendenz, die Aknitis und Folliklitis in den Bereich der Tuberkulose zu ziehen, hält B. die Aknitis für eine Affektion, die mit der Tuberkulose nichts zu thun hat, während die Folliklitis zu der letzteren gewisse Beziehungen aufweist. Auch aus der neugeschaffenen Klasse der Tuberkulide will B. die Aknitis ausgeschlossen wissen.

Entzündung und Pigmentation der oberflächlichen Gefäßnetze der Cutis. Retikuläres pigmentiertes Erythem. Herren BALZER und GRIFFON. Die Affektion liegt bei dem 36jährigen Patienten an der Innenfläche der Knie und besteht aus bräunlich-pigmentierten, zierlich untereinander anastomosierenden, charakteristischen Zeichnungen, wie man sie bei den Kutschern und Höckerinnen antrifft, deren untere Beinpartien sich unter dem Einflusse der Fußwärmer bräunlich pigmentiert haben. Neben diesen Pigmentationen besteht ein gewisser Grad von Entzündung der affizierten Partien, indem dieselben auf leichten Fingerdruck und spontan schmerzhaft sind. Der Prozeß spielt sich offenbar nicht in den Venen, sondern wirklich im oberflächlichen, arteriellen Netze ab. An verschiedenen Stellen, besonders gegen das Zentrum der Läsion bemerkt man an den Konzentrationspunkten der Netzbalken, rote, scharf begrenzte Plaques ohne Verdickung der Haut. Dieselben waren eine zeitlang mit Schuppen bedeckt, sehen aber jetzt glänzend, gefaltet, lichenartig aus. Da gleichzeitig eine akute Arthritis des Fußgelenkes bestand, glauben die Vortragenden die Affektion vielleicht auf Rheumatismus zurückführen zu können.

Herr WICKHAM betont, daß man im Bereiche der großen Venen öfters einen ähnlichen Zustand der Haut antreffe, indem diese an den Stellen in größter Provenienz der dilatierten Gefäße an der unteren Extremität entzündet ist, braun pigmentiert ist und genau so aussieht wie im Falle von Herrn BALZER.

Recidivierendes, asymmetrisches Erythem der Extremitäten mit lamellöser Desquamation der Handteller und Fußsohlen. Herr THIBIERGE stellt eine 31jährige Frau vor, bei der sich zum fünften Male die Epidermis des ganzen Handtellers in einen einzigen Lappen abhob. Wie bei den früheren Anfällen ging dieser Desquamation eine erythematische Schwellung der Handteller und Fußsohlen voraus die Abschilferung der Epidermis geschieht an letzterer Stelle erst einige Zeit später als an den Händen. Wahrscheinlich handelt es sich hier um vasomotorische Störungen nervösen Ursprungs, ähnlich wie beim Oedema circumscriptum und der Urticaria oedematosa. Patientin ist auch sehr „nervös“, zeigt lebhaft vasomotorische Hautreaktion und hat früher eine universelle Urticaria durchgemacht.

Akanthosis nigricans bei einem Individuum ohne Carcinomatose. Herr JACQUET hat dieselbe bei einem 18jährigen Burschen beobachtet, welcher im Alter von 12 Jahren eine langdauernde Fieberperiode mit hochgradiger Anämie durchgemacht hat. Von carcinomatöser Neubildung läßt sich nichts nachweisen. Vielleicht hat die frühere Affektion infolge von Entwicklung entzündlicher Neubildungen den Sympathicus beeinflusst.

Netzartige Pigmentation des Halses vom Aussehen einer Pigmentsyphilis bei einem kachektischen Tuberkulösen. Herr THIBIERGE. Der 60jährige sehr kachektische Phthisiker zeigt eine Pigmentation der ganzen Hautdecke mit Anschluß der Schleimhäute und verschieden von der Pigmentation bei der ADDISONschen Krankheit. Am Nacken und den seitlichen Halspartien zeigt die Pigmentation die Gestalt eines braunen Netzes, dessen Maschen pigmentarme Inseln umschließen, mit anderen Worten genau das Bild einer Pigmentsyphilis aufweist. Syphilitische Erscheinungen oder Antecedentien fehlen aber vollständig.

Herr FOURNIER hat einen ganz analogen Fall von Halspigmentation ohne syphilitische Anhaltspunkte beobachtet.

Herr BARTHÉLEMY weiß ebenfalls über einen ähnlichen Fall zu berichten, bei dem die Hauterscheinung während der Gravidität aufgetreten war und wo Syphilis auch ausgeschlossen werden konnte.

Herr LEREDDE weist auf die Thatsache hin, daß der Patient tuberkulös ist und außerdem mit hochgradiger Alopecie des Kopfes behaftet ist. Er behauptet öfters die rasche Entwicklung einer Alopecie bei Individuen bemerkt zu haben, die nachträglich tuberkulös wurden.

Ecthyma scrophulosum (Hautscrophulide). Herr GASTON zeigt eine Patientin mit Geschwüren an den Extremitäten. Diese Geschwüre sind nicht tuberkulöser Natur, da Impfversuche mit Meerschweinchen negativ ausfielen. G. reiht solche Fälle in jene Kategorie, das es zu multiplen Ulcerationen mit Keratitis und visceralen Läsionen kommt, ohne daß es sich weder um Syphilis noch um Tuberkulose handelt und meint, daß man sie als Skrophulide zusammenfassen könne (analog den Syphiliden und Tuberkuliden). Er betrachtet nämlich die Skrophulose als eine nicht-tuberkulöse Affektion, welche für den Tuberkelbacillus nur den günstigen Boden vorbereitet.

Phlebitische nicht variköse Geschwüre. Herr GASTON. Neben den syphilitischen (FOURNIER) und den varikösen Beingeschwüren giebt es auch solche, welche als die Folge von infektiösen Phlebitiden im Verlaufe oder der Rekonvaleszenz von Infektionskrankheiten zu betrachten sind. Solche Ulcera cruris zeigen keine bestimmte Lokalisation, treten meist multipel auf, werden linsen- bis fünfmarkstückgroß. Die Ränder sind etwas hypertrophisch, nicht unterminiert; der Übergang derselben in den Geschwürsgrund ein allmählicher (Skutulumform des Geschwürs); der Boden des Ulcus ist ulcerierend, mit Granulationen besetzt, das Geschwür selbst von einer unregelmäßigen Pigmentzone umgeben. Spontane Schmerzen fehlen, ebenso Sensibilitätsstörungen im Bereiche der Geschwüre, welche einen sehr chronischen Verlauf aufweisen.

Syphilis secundaria tardiva. Herr FOURNIER stellt eine Frau vor, welche vor vier Jahren wegen einer beginnenden Syphilis behandelt worden, und bei der sich erst jetzt ein allgemeines, sekundäres, papulöses und erythematös-papulöses Exanthem mit symmetrischer Verteilung der gruppierten Efflorescenzen ausgebildet hat.

Moniliforme Aplasie der Haare. Herr JEANSELME. Diese Affektion, welche verschiedene Mitglieder einer Familie befällt, wurde von SABOURAUD genau beschrieben. Es handelt sich um eine kongenitale Dystrophie des Haarbodens, bei der in den ersten Lebenswochen die Haare ausfallen und durch Flaumhaare ersetzt werden, die ringförmige Einschnürungen zeigen, wo das Haar farblos ist. Die Affektion scheint von einer pilären Keratose des Haarbodens abzuhängen (Brocq). Das Kind hat sieben Geschwister, von denen drei dieselbe Affektion zeigen. Der Vater und drei von seinen neun Geschwistern sind kahlköpfig.

Zweite Bemerkung über einen Fall von akneförmigen und nekrotischen Tuberkuliden. Herren HALLOPEAU und BUREAU. Die histologische Untersuchung der knötchenförmigen Infiltrationen mit nachheriger Bildung von kleinen Pusteln und kraterförmigen Einsenkungen zeigt, daß sie sich besonders auf Kosten der Haarfollikel entwickelt haben; Bacillen sind keine vorhanden, wohl aber Riesenzellen, wie überhaupt der ganze Bau an denjenigen der Tuberkel erinnert. Das Fehlen von Bacillen und das negative Resultat der Inokulationen spricht für einen toxinischen Ursprung der Läsionen. Bei den typischen Tuberkelknötchen verursachen die Bacillen die Entwicklung spezifischer Läsionen und zwar keineswegs auf mechanischem Wege sondern durch ihre Produkte, die Toxine. Man begreift nun leicht, wie diese Toxine an den verschiedenen Stellen der Haut, wohin sie geschwemmt werden, als die Ursache

zur Entwicklung ähnlicher Bildungen anzusehen sind. Nun können aber bei verschiedenen Individuen die Haarbälge unter der Wirkung ganz ähnlicher Toxine auf verschiedene Weise reagieren, so daß es zu Eruptionen kommt, die unter der Bezeichnung von Lichen scrophulosum, von Akne cachectica, von eiterigen Follikulitiden in Gestalt von Plaques mit excentrischer Ausdehnung bekannt sind und in den Rahmen der Folliklis und der akneförmigen und nekrotischen Tuberkulide gehören. Vielleicht zeigen die Toxine auch verschiedene Eigenschaften, je nachdem sie aus Herden in den Lungen, den Drüsen, den Knochen oder der Haut stammen.

Über einen neuen Fall von Lichen planus buccalis in Form von Oblaten und sternförmigen Streifen. Herr HALLOPEAU. Diese Form ist typisch für den Lichen planus WILSON und unterscheidet sich von den syphilitischen Läsionen, sowie von der Leukoplakia buccalis. Bei dem Patienten besteht gleichzeitig ein typischer Lichen planus der Haut.

Über ein durch Ichthyol hervorgerufenes Erythem. Herren HALLOPEAU und WEIL. Wegen Ekzem wurde eine 1%ige Ichthyolsalbe angewendet. Nach der zweiten Applikation hatte das Ichthyol auf die Ekzemplaques mit ihren farblosen Randzonen die Wirkung wie zuweilen das Pyrogallol und das Chrysarobin. Wie die Psoriasis-scheiben so wirken auch die Ekzemplaques auf die umgebende vasomotorische Innervation ein, indem sie Bildung der erythematösen Rötung in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft verhindern durch Fernwirkung auf die Vasokonstriktoren oder durch Hemmung der Vasodilatation.

Intensive Stomatitis nach Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze. Herr RENAULT. Trotz allen angewandten Vorsichtsmaßregeln kam es wie in anderen so auch in diesem Falle zu einer hochgradigen Stomatitis mit Magen- und Darmblutungen; außerdem bildete sich eine Lungentuberkulose aus.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Oktober 1896.

(*The British Journ. of Derm.* November 1896.)

J. GALLOWAY stellt 1) eine 29jährige, verheiratete Frau mit typischem **Lichen planus** vor, welcher in der linken Glutaealgegend und am linken Ober- und Unterschenkel in auffallender Weise der Verteilung der dort verlaufenden Hautnerven folgt; 2) zwei Brüder im Alter von 8 und 10 Jahren, mit der seltenen Form von Pigmentation der Kopfhare, die man als **Ringelhaare** bezeichnet. Die hellen und dunklen Segmente der Haare folgen einander mit nahezu absoluter Regelmäßigkeit. Jedes Segment ist etwas weniger als 1 mm lang. Die Haare zeigen infolgedessen eine Ähnlichkeit mit der Pigmentation der Stachelschweinborsten. Es sind alle Haare befallen, außerdem zeigen dieselben, wie dies bei Ringelhaaren der Fall zu sein pflegt, ein glanzloses Aussehen. Die Eigentümlichkeit bei den Kindern ist, wie es scheint, angeboren.

J. HUTCHINSON jun. stellt eine 25jährige, ledige Frau vor mit **artificieller Ulceration an einem Arme**. Die Patientin war früher ganz gesund. Vor vier bis fünf Monaten begann die Affektion mit kleinen Pusteln, welche rasch aufbrachen und Geschwüre bildeten. Die letzteren waren scharf begrenzt, mit schwach erhabenen Rändern und gesunden Granulationen. Die Geschwüre heilten rasch aber mit Hinterlassung einer normalen, rosenroten Narbe. Es folgten immer neue Geschwüre am linken Arm von

den Schultern abwärts bis zu den Handgelenken. Die Affektion begann etwa drei Wochen nach der Vaccination, nachdem die Impfstellen vernarbt waren. Die Geschwüre sind weder tuberkulös noch syphilitisch. Überhaupt läßt sich keine andere Ursache für die Entstehung der Geschwüre denken, als die, daß die Patientin selbst, (vielleicht um sich interessant zu machen), dieselben durch Kratzen hervorruft; 2) einen **Fall mit serpiginösem, lupoiden Ausschlag an den Extremitäten**, wahrscheinlich von kongenitaler Syphilis herrührend.

T. H. JONIDES (Gast) zeigt eine 43jährige Frau mit **Fibrosarcoma** der Körperhaut. Vor 20 Jahren bemerkte die Patientin einen erbsengroßen Tumor etwa zwei Zoll über dem Nabel. Seit der Zeit haben sich zwischen dem Nabel und dem Sternum zahlreiche neue Tumoren entwickelt, so daß diese Gegend von denselben ganz besät ist. Bevor der Tumor zum Vorschein kommt, ist die betreffende Hautstelle dunkelrot und gespannt. Spannung und Röte verschwinden, sobald der Tumor sich voll entwickelt hat. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Tumors hat Fibrosarkom ergeben mit vorwiegend fibrösem Gewebe und wenig runden Zellen. Die Patientin ist stark nervös, anämisch, erfreut sich aber sonst einer guten Gesundheit. Die inneren Organe sind gesund. Ihre fünf Kinder sind völlig gesund.

PERRY stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Die 45jährige, verheiratete Patientin leidet seit zwei Jahren an einem eigentümlichen Ausschlag an den Schienbeinen. Die Affektion begann am linken Bein mit einer kleinen, runden, roten, schwach erhabenen, juckenden Stelle. Seitdem sind zahlreiche ähnliche Flecken an beiden Beinen zu sehen. Die meisten derselben zeigen im Zentrum normale, nur etwas dunkler pigmentirte Haut, ohne Narbenbildung, während peripher die Affektion sich ausdehnt. Der zirkuläre Rand und das peripherische Weiterschreiten erinnern an Lichen circumscriptus (Dermatitis circinata seborrhoica) und machen einen parasitären Ursprung des Leidens glaubhaft. Aber die mikroskopische Untersuchung hat keinerlei Parasiten ergeben; antiparasitäre Mittel sind ohne Wirkung geblieben.

J. PRINGLE stellt **zwei Fälle zur Diagnose** vor: 1) einen 45jährigen Arbeiter, dessen Lippe enorm verdickt und entstellt ist und sich ziemlich hart anfühlt. Die Haare auf der erkrankten Oberlippe sind zerstört. Pustulation oder Folliculitis ist nicht vorhanden. Die mikroskopisch untersuchten Haare wiesen keine Pilze auf. Der Patient leidet an chronischer Rhinitis. Das Hautleiden soll im Anschluß an eine Verletzung an der Oberlippe entstanden sein. Vortragender glaubt, daß dasselbe wahrscheinlich syphilitischen Ursprunges sei; 2) eine 34jährige, verheiratete, nervöse Frau, deren Eierstöcke vor fünf Jahren entfernt worden. Das gegenwärtige Leiden besteht seit fünf Monaten und ist charakterisiert durch zwei ovale entzündete Hautstellen an der Vorder- und Außenseite beider Beine. Der zentrale Teil einer jeden Stelle ist vertieft, hart, narbenähnlich, von bräunlichroter Farbe und völlig unbehaart. Der Rand besteht aus einem gleichmäßig breiten, schwach erhabenen, scharf begrenzten Bande mit dünnen, festhaftenden Schuppen auf einer hellrot entzündeten Basis. In der Umgebung ist keine Follikulitis vorhanden. Die Haare lassen sich jedoch hier leicht und schmerzlos epilieren. Ein größerer Pilz wurde nicht gefunden, wohl in der äußeren Wurzelscheide zahlreiche Mikrokokken, die jedoch P. nicht für das Entstehen der Affektion verantwortlich machen möchte.

R. CROCKER stellt 1) den ältesten der drei Fälle von **Xeroderma pigmentosum** vor, welche er im Jahre 1884 in den *Medico-chirurgical Transactions* beschrieben hat. Die Patientin ist jetzt 25 Jahre alt. In den letzten sechs Jahren hat bis vor sechs Monaten etwa die Krankheit keinerlei Fortschritte gemacht. Man sieht jetzt mehr

atrophische Narben im Gesichte, wodurch die frühere Pigmentation geringer geworden ist. An dem Vorderarme und an den Handrücken bemerkt man sepiabraune Pigmentflecke, die vor sechs Jahren noch nicht vorhanden waren. Während des letzten halben Jahres hat sich auf der rechten Seite des Kinns ein Gewächs entwickelt, das einen erhabenen knotigen Rand zeigt, während das Centrum vertieft und geschwüurig ist. Der Tumor bietet die klinischen Merkmale eines Epithelioms. Die benachbarten Drüsen sind nicht vergrößert. — Die Augenlider der Patientin sind rot, haarlos und etwas evertiert; 2) einen **Fall von Prurigo Hebra** bei einem 8jährigen Knaben. Die Krankheit soll begonnen haben, als derselbe einen Monat alt war; 3) einen 45jährigen **Mann mit Lupus erythematosus der Kopfhaut und des Gesichts**, bei welchem die Vernarbung erkrankter Partien zumeist spontan auftritt, obgleich der Patient, ein Kutscher, viel der Ungunst des Wetters ausgesetzt ist. An anderen Stellen schreitet die Krankheit weiter.

M. SHEILD zeigt einen bemerkenswerten **Fall von maligner Dermatitis der Haut der Brust**. Die 47jährige verheiratete Frau zeigt auf der rechten Brust Efflorescenzen von **Pagets Krankheit**. Die Krankheit begann vor sechs Jahren, nachdem ein Abscess auf der Brust aufgebrochen war, an der Außenseite der Brustwarze. Gegenwärtig hat dieselbe eine immense Ausdehnung erlangt. Die erkrankte Partie misst 11 Zoll in der Länge, 10½ Zoll in der Breite. Sie ist streng begrenzt, dunkelrot, glänzend und hat einen etwas verdickten Rand. Die Brustwarze ist durch Ulceration zerstört. An der Stelle der ursprünglichen Abscessöffnung befindet sich ein wucherndes Gewächs (vielleicht Carcinom). Die Drüsen sind nicht vergrößert. Die Krankheit schreitet stetig fort, da die Patientin jeden operativen Eingriff abgelehnt hat.

S. WEST demonstriert einen **Fall von Sklerodermia** bei einer 23jährigen, jungen Frau, die sonst gesund ist. An der Innenseite des linken Oberschenkels und an der Vorderfläche des linken Unterschenkels zeigten sich zuerst zwei 10 bis 12 Zoll lange, etwa 2 bis 3 Zoll breite Streifen. Daneben sieht man ein bis zwei sehr kleine Flecken über dem rechten Knöchel und zwei symmetrische Plaques auf der Beugeseite der Handgelenke. Die erkrankten Stellen bieten die charakteristischen Merkmale der Krankheit. Neuralgische Schmerzen sind nicht vorhanden.

C. Berliner-Aachen.

Sachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 38. Heft 1. 1897.

I. Beiträge zur **Anatomie des Lichen ruber planus, acuminatus und verrucosus**, von M. JOSEPH-Berlin. Der Verfasser rechnet auf allseitige Zustimmung, wenn er annimmt, daß es nur einen klinisch als Lichen ruber zu bezeichnenden Krankheitsprozeß giebt, und daß dieser je nach dem Vorherrschen der einen oder anderen Symptomengruppe in mehrere Unterabteilungen zerfällt, die man als Lichen

ruber planus, acuminatus und verrucosus unterscheiden kann. In der vorliegenden Arbeit will der Verfasser auch durch anatomische Untersuchungen zeigen, in welcher Beziehung nicht nur diese Symptomengruppen, sondern auch die Pityriasis rubra pilaris zum Lichen ruber acuminatus stehen. Als Untersuchungsmaterial dienten 10 Fälle.

Was den Lichen ruber planus betrifft, so stellt Verfasser nach seinen Befunden sich den Vorgang in der Weise vor, daß zunächst eine Erkrankung der Gefäße und eine perivaskuläre Infiltration in der Tiefe des Coriums stattfindet. Dadurch werden Ernährungsstörungen in dem Rete hervorgerufen, es erfolgt eine Exsudation, welche zum Zerfalle des Rete und zur Abhebung desselben vom Corium führt. Die entstandene Lücke zwischen Corium und Rete ist kein Kunstprodukt, wie einige Autoren meinen. Erst später tritt Infiltration im Papillarkörper auf. Der Exsudationsprozeß nimmt für gewöhnlich keine großen Dimensionen an, so daß er klinisch nicht zur Beobachtung kommt. Erst bei der Rückbildung sinkt das abgehobene Rete in die Lücke ein, und es entsteht eine Delle, die man bei jedem Lichenknötchen älteren Datums wahrnehmen kann. In seltenen Fällen ist die Exsudation stärker; es kompliziert sich dann der Lichen ruber planus mit Blasenbildung über den Knötchen. Man hat diese seltene Form als Lichen ruber pemphigoides bezeichnet.

Beim Lichen ruber acuminatus im frühen Stadium finden sich zunächst ähnliche Verhältnisse wie beim Lichen ruber planus. Man findet hier ebenfalls eine perivaskuläre Infiltration, ferner, wenn auch nicht bei allen Knötchen deutlich ausgeprägt, und dann von sehr kurzer Dauer, gleichsam abortiv Abhebung des Epidermidalstratum vom Corium und Lückenbildung. Dagegen fällt bei den frischen Acuminatusknötchen gegenüber den Planusefflorescenzen die wie ein warzenförmiger Aufsatz sich deutlich von der Umgebung abhebende Hypertrophie der Hornschicht und teilweise auch das Rete auf. Im weiteren Verlaufe nimmt diese Hypertrophie der Hornschicht immer mehr zu, während das Rete an einzelnen Stellen etwas plattgedrückt wird. Später jedoch beginnt in auffallender Weise, was auch beim Lichen ruber verrucosus wahrgenommen werden kann, eine spontane Rückbildung, eine bedeutende Reducierung der hypertrophischen Epidermis. Gleichzeitig bemerkt man eine starke Pigmentierung im Stratum cylindricum. Das Pigment repräsentiert sich in Form fein verteilter Körnchen intra- und nichtintercellulär. Auch die tieferen Zelllagen des Rete Malpighii sind pigmentiert, während das Corium vollständig frei ist. Wenn das Acuminatusknötchen entwickelt ist, zeigt sich der Prozeß nur um die Haarbälge herum lokalisiert. Das Infiltrat, das zumeist aus mononukleären Leukocyten und geringen Mastzellen besteht, liegt zwischen innerer und äußerer Wurzelscheide, nachdem es zuvor beide auseinandergedrängt oder voneinander abgelöst hat. Diese Ablösung vergleicht Verfasser und erklärt sie für gleichwertig der beim Lichen ruber planus beschriebenen Abhebung des ganzen Epidermidalstratum vom Corium. Beim Lichen acuminatus findet man, ebenso wie beim Lichen planus und verrucosus und bei der Pityriasis rubra pilaris zahlreiche Schweifscysten. Endlich beschreibt Verfasser beim Lichen ruber acuminatus zapfenartige Wucherungen des Stratum corneum nach dem Corium zu, die deshalb von großem Interesse sind, weil sie als ein integrierender und charakterisierender Bestandteil der Pityriasis rubra pilaris beschrieben wurden. Auf Grund der klinischen wie der anatomischen Wahrnehmungen steht Verfasser nicht an zu behaupten, daß zwischen dem Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris zwar ein gradueller Unterschied vorhanden sei, daß es sich aber bei beiden um identische Krankheitsprozesse handelt. Der Fall, an welchem Verfasser vorwiegend diese Beobachtungen gemacht und dessen Krankengeschichte

er ausführlich mitgeteilt hat, beweist auch, daß der Lichen ruber acuminatus milde verlaufen und ebenso wie die Pityriasis rubra pilaris spontan abheilen kann.

Beim Lichen ruber verrucosus unterscheidet Verfasser anatomisch zwei Stadien: Der Prozeß beginnt, ähnlich wie beim Lichen ruber planus und acuminatus, mit einer diffusen, von den Gefäßen ausgehenden Infiltration des Corium. Hieran schließt sich sekundär eine sehr starke Hyperkeratinisation, welche entsprechend dem klinischen Ausdrucke der Warzenbildung oft an die stärkst entwickelte Form gewöhnlicher Warzen erinnert. Das derbe Infiltrat im Corium jedoch bildet ein wesentliches unterscheidendes Merkmal. Im zweiten Stadium des Prozesses geht ähnlich wie beim Lichen ruber acuminatus das vorher so stark hypertrophische Stratum corneum eine vollkommene Atrophie ein; stellenweise wird die Hornschicht vollkommen normal. Auch im Corium vollzieht sich ein Rückbildungsprozesse. Das vorher diffuse Infiltrat wandelt sich zu einem in Reihen angeordneten um. Das letztere wird von zahlreichen, sehr langen und großen Kapillaren unterbrochen und wandelt sich, indem der Resorptionsprozeß weiter vor sich geht, schließlich in narbiges Bindegewebe um.

Die vielen Übereinstimmungen und Übergänge der einzelnen Symptomengruppen des Lichen ruber berechtigen wohl zu der Annahme, daß man es mit einem einheitlichen Krankheitsbilde desselben zu thun habe, und daß zu demselben die Planus-, Acuminatus- und Verrucosusform gehört.

II. Über einen ungewöhnlichen Fall von Lichen ruber planus mit Arsen-Nebenwirkungen, von M. DREYSEL - Leipzig. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall, bei welchem die größtenteils typischen Lichenknötchen die Diagnose Lichen ruber planus ohne weiteres sicherten. Ungewöhnlich waren aber zahlreiche, scharf begrenzte Pigmentationen einerseits und helle Flecke (Depigmentationen) andererseits, die den ganzen Körper bedeckten und die, in ihrer Intensität sehr verschieden, der Haut ein höchst merkwürdiges, scheckiges Aussehen verliehen. Weiter waren atypisch an Handtellern und Fußsohlen warzenähnliche mehr oder minder prominierende, isoliert stehende oder zu kleineren Gruppen angeordnete, stecknadelkopf- bis über linsengroße, meist auf breiter Basis aufsitzende, sehr derbe und auf Druck mälsig schmerzhaftes Effloreszenzen.

Das Jucken war gering. Der Patient fühlte sich schwach, schlief schlecht. Die Untersuchung seines Nervensystems stellte das Vorhandensein von neuritischen Erscheinungen fest, die am meisten einer alkoholischen Pseudotabes zu entsprechen schienen.

Der Patient war, ehe er die Breslauer Poliklinik aufsuchte, bereits mit Solutio Fowleri innerlich behandelt worden. Jetzt bekam er subkutane Arseninjektionen von 5 Mgr. pro die. Äußerlich wurden Salicylvaseline, später Chrysarobin, für Hände und Füße 10%iges Salicylkollodium resp. 10%iges Salicylseifenpflaster angewendet.

Der Verfasser erörtert die Frage, in welcher Beziehung die Pigmentationen und die Hyperkeratosen bei dem Patienten zum Lichen stehen. Während er es bei den Hyperpigmentationen für zweifellos, bei den Depigmentationen für wahrscheinlich hält, daß sie direkt oder indirekt aus den Lichenknötchen hervorgegangen sind, nimmt er in dem vorliegenden Falle für die Hyperkeratosen an, daß sie als Arsenikwirkung den Arsendermatosen zuzurechnen sind.

III. Zur Ätiologie der Trichorrhexis nodosa, von C. BRUHNS - Berlin. Verfasser hält „die bisher zur Reindarstellung eines Trichorrhexis nodosa erzeugenden Mikroorganismus angewendeten Verfahren für so unsichere, indem sie die Entwicklung zahlreicher Verunreinigungen zulassen oder überhaupt jedes Bakterienwachstum hindern, daß die mit diesen Methoden gewonnenen Resultate mit großer Vorsicht aufgenommen werden müssen.“

Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Beobachtungen und Untersuchungen, die er seiner Zeit in Prof. LESSERS dermatologischer Klinik zu Bern gemacht hat, zieht, sind folgende:

1. Die *Trichorrhexis nodosa capillitii* ist in Bern und Umgebung eine bei weiblichen Individuen sehr häufig beobachtete Haarerkrankung.

2. Durch die bisher bakteriologisch untersuchten Fälle von *Trichorrhexis nodosa* und die im Anschluß daran vorgenommenen Impfungen ist noch nicht erwiesen, daß die *Trichorrhexis* durch ein spezifisches Bakterium hervorgerufen wird.

3. Verfasser ist es nicht gelungen, in sechs nach den bisher in Anwendung gekommenen Methoden bakteriologisch untersuchten Fällen von *Trichorrhexis nodosa capillitii* ein Bakterium als Ursache dieser Haaraffektion zu ermitteln, noch durch Impfungen von diesen Fällen auf die Haare anderer Menschen *Trichorrhexis* hervorzubringen.

4. Dagegen sprechen einige Thatsachen sehr gegen eine bakterielle Ätiologie:

a) Das in den meisten Fällen von Spindelhaaren beschriebene Auftreten von *Trichorrhexis nodosa*, die hier immer an den Stellen der geringsten Widerstandsfähigkeit des Haares, nämlich am Ort der stärksten Einschnürung, lokalisiert ist.

b) Das von RÄUBER beschriebene, bei einem Epileptiker periodisch in Verbindung mit dessen Anfällen sich wiederholende Auftreten von *Trichorrhexis nodosa*.

c) Das häufige Vorkommen von *Trichorrhexis nodosa* an den Haaren gebrauchter Bürsten, nicht aber an neuen Bürsten (BARLOW).

5. Andererseits ist es durchaus unwahrscheinlich, daß nur mechanische Ursachen die *Trichorrhexis nodosa* bewirken. Man muß daher annehmen, daß eine gewisse Disposition der Haare, die wahrscheinlich auf einer Ernährungsstörung beruht, vorhanden sein muß, auf Grund derer erst sekundäre Ursachen — allerdings wohl in erster Linie mechanische Reize — die *Trichorrhexis* erzeugen.

IV. Über die Reinzüchtung des *Gonococcus Neisser*, von J. JUNDELL und C. G. AHMAN - Stockholm. Nach einem kurzen Überblick über die bisherigen in der Litteratur publizierten Versuche, den *Gonococcus Neisser* rein zu züchten, teilen die Verfasser ihre eigenen Untersuchungen mit, die an erster Stelle darauf gerichtet waren zu erfahren, welchen praktischen Wert die verschiedenen Methoden der Reinkultivierung der Gonokokken besitzen. Die Verfasser fanden, daß die meisten derselben zu diagnostischen Zwecken nicht geeignet seien. Am besten wachsen die Gonokokken in einer Mischung von Fleischbrühe und Ascites (2:1) sowohl bei alkalischer, wie saurer Reaktion und auf PFEIFFERS Blutagar.

Über die Temperaturen, bei denen die Gonokokken wachsen, resp. absterben, sind die Untersuchungen der Verfasser noch nicht abgeschlossen. Die Ansicht einzelner Autoren, daß die Blennorrhoe bei hohem Fieber sich bessere und deshalb am zweckmäßigsten mit Wärme zu behandeln sei, können sie nach ihren diesbezüglichen Versuchen nicht teilen. Selbst wenn es wahr wäre, daß die Gonokokken in der Kultur 40° Wärme nicht vertragen, so bleibt es doch noch dahingestellt, ob sie in einer entzündeten Schleimhaut bei derselben Temperatur absterben. Sie leben dort sicher unter günstigeren Verhältnissen, als auf den künstlichen Nährböden.

V. Über einen Fall multipler Angiombildung, von KARL KOPP - München. Der 19jährige, früher stets gesunde, hereditär nicht belastete Patient bemerkte vor etwa 1½ Jahren an der Haut des Scrotums und der unteren Extremitäten zahlreiche kleine, kaum nadelstichgroße, einzelnstehende, über das Niveau der Haut nicht hervorragende rote Flecke, die keinerlei subjektive Symptome verursachten und für deren Entstehung kein ätiologisches Moment angeführt werden konnte. Im Verlaufe

der nächsten Monate verbreitete sich der Ausschlag über grössere Flächen des Stammes und der Extremitäten, gleichzeitig nahmen einige ältere Efflorescenzen sowohl nach der Fläche als nach der Höhe zu. Die wachsenden Tumoren nahmen ein dunkleres Kolorit an. Bei der ersten Vorstellung des Kranken zeigte derselbe einige dreissig grössere und kleinere, dunkelkirschrote Geschwülstchen mit unregelmässig höckeriger Oberfläche, während dazwischen zahllose stippchenartige, an Flohstiche erinnernde rote Flecken den ganzen Stamm und die Extremitäten mit Bevorzugung der Beugeseiten bedeckten, deren teleangiektatische Natur gegenüber einer *Purpura pubicosa* mit Hülfe der Lupe sicher festgestellt werden konnte. Die Tumoren waren leicht komprimierbar, blafsten auf Fingerdruck resp. Glasdruck ab und erwiesen sich klinisch als erworbene Angiome, bei denen der eruptive Ausbruch besonders merkwürdig ist. Der Patient entzog sich der weiteren Beobachtung.

VI. Mitteilung über eine neue Behandlungsweise des Lupus erythematosus,
von JOSEPH SCHÜTZ - Frankfurt a. M. Bei seinem Verfahren benutzt der Verfasser folgende Lösung:

<i>R. Solut. Fowleri</i>	4,0
<i>Aq. dest.</i>	20,0—30,0
<i>Chloroformi</i> gtts. II.	

Die Lösung wird umgeschüttelt und täglich morgens und abends aufgespritzt, dann läßt man sie eintrocknen. Am vierten bis sechsten Tage zeigt sich leichte Schwellung, vermehrte Röte, Empfindlichkeit. Man hört jetzt auf zu pinseln, appliziert Puder oder Paste. In weiteren 4—8 Tagen geht die Schwellung zurück. Die Haut blafst ab und schuppt. Ein neuer Turnus von Pinselungen folgt in derselben Weise. Nach jedem Turnus ist die krankhafte Kongestion eine geringere. In 6—8 Wochen ist die Besserung stets eine auffallende. In 10—11 Wochen erscheint der Lupus erythematosus meist geheilt. Irgendwelche Narben sind nicht entstanden. Wo noch keine spontane narbige Atrophie früher bereits vorhanden war, ist die Krankheit spurlos beseitigt.

VII. Die Bremer Kontrollstrafse. Ein Beitrag zur Frage der Kasernierung der Prostituierten, von SONNEBURG-Bremen. Im Jahre 1878 wurden in Bremen die Prostituierten in einer Kontrollstrafse — der Helenenstrafse — kaserniert. Verfasser beschreibt ihre mustergültigen Einrichtungen und zeigt an der Hand statistischen Materials, welche Vorteile sie in sanitärer Beziehung zur Folge gehabt hat. (Den Beweis ist er uns allerdings schuldig geblieben, daß durch die Unterbringung der Prostituierten in der Kontrollstrafse die geheime Prostitution abgenommen hat. Wir glauben auch nicht, daß bei den heutigen Verkehrsverhältnissen dieselbe selbst unter Vermehrung solcher Kontrollstraßen abnehmen wird. Hier muß das Publikum sich selbst schützen. So lange es das nicht will, wird die geheime Prostitution ebenso blühen, wie das Geschäft von Kurpfuschern und Wunderdoktoren, so lange die Dummen nicht alle werden, die bei ihnen Hülfe suchen. Überdies werden der Einrichtung von Bordellstraßen gesellschaftliche Rücksichten stets und mit Recht hinderlich sein. Aachen hat seit vielen Jahren in seiner „Felsgasse“ eine solche Kontrollstrafse besessen. Dieselbe ist vor etwa 8 Monaten, mehr aus ästhetischen und kommerziellen, als aus sanitätspolizeilichen Gründen, aufgehoben worden. Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra*.

Zur Leprafrage, von BLASCHKO. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1896. No. 29.) Verfasser erwähnt, daß trotz der von ihm im Kreise Memel vorgenommenen Suche nach Leprafällen doch immer noch solche unentdeckt geblieben sind. Dies hat seinen Grund in den örtlichen Verhältnissen: weitgestreckte Dörfer, deren Bewohner sich selbst nicht kennen und auch dem Ortsvorsteher unbekannt sind. Er plaidirt daher energisch für die von ihm geforderte systematische Durchsuchung des ganzen Kreises durch einen mit einem Sonderauftrage versehenen Arzt. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Bemerkungen zur Lepra, nach den Erfahrungen aus dem Lepra-Hospital zu Rio de Janeiro, von Dr. W. HAVELBURG. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1896. No. 46.) Die Lepra existiert in Brasilien, teils in sporadischer, teils in endemischer Form. Im Staate Sao Paulo giebt es Ortschaften, deren gesamte Bewohner leprös affiziert sind. Es läßt sich historisch nachweisen, daß der Krankheitskeim in den früheren Jahrhunderten durch die Portugiesen nach Brasilien verschleppt wurde. Ende des vorigen Jahrhunderts hatte die Lepra eine derart erschreckende Ausdehnung in Brasilien angenommen, daß der damalige portugiesische Vice-König ein besonderes Krankenhaus in Rio für dieses Leiden begründete. Daraus ist das jetzige, elegante, mit allem Komfort ausgestattete Krankenhaus hervorgegangen, welches meistens 70 Kranke enthält. Doch giebt es unter den Einwohnern Rios eine ganze Menge Lepröser, man trifft auf allen Straßen solche. Die Zahl derselben in Brasilien dürfte wohl gegen 3000 betragen. Neger und Mulatten scheinen von der Lepra bevorzugt zu sein, es erkranken mehr Männer als Frauen. Das jüngste Kind, welches H. von der Lepra befallen sah, war vier Jahre alt. Trotzdem man in jedem leprösen Schnitt- und Ausstrichpräparat tausende von Leprabacillen zur Ansicht bekommt, ist die Züchtung noch nicht gelungen. H. hält die Lepra nicht für hereditär, wohl aber für contagiös, indem die Anamnese stets Momente dafür ergeben hat. Wie die Infektion zu stande kommt, ist nicht erwiesen, doch findet sie in ungünstigen hygienischen Verhältnissen einen guten Boden. Unsauberkeit spielt eine große Rolle. In Bezug auf die Inkubationsdauer beobachtete H., daß zwei Deutsche, ein Herr und eine Dame, Brasilien ohne Zeichen einer Erkrankung verließen und daß sich nach eineinhalb resp. zweijährigem Aufenthalt in Deutschland die Krankheit manifestierte. Wenngleich in Deutschland der Boden für Lepra fehlt, so müßte man doch sein Augenmerk darauf richten und die Kranken sofort isolieren.

Es gehört noch zu den zu lösenden Problemen, warum der Leprabacillus das eine Mal Anlaß giebt zur Produktion massenhafter Granulationszellen, die das Unterhautgewebe diffus oder in Knotenform durchsetzen, das andere Mal nur zu bescheidenen Infiltraten von Rundzellen und epitheloiden Zellen um die Gefäße herum, warum im ersteren Falle die Zellen immense Bacillen einschließen, im anderen jedoch die Zahl der letzteren relativ spärlich ist. Die Scheidung der Leprafälle in tuberöse und maculo-anästhetische ist keine absolut strikte: denn fast alle Knotenformen der Lepra sind mit Fleckenausschlägen kombiniert und bei der maculo-anästhetischen Form

finden sich Lepröse Infiltrate der Haut und selbst einzelne kleine Knötchen. Die Diagnose ist im Anfang nicht leicht, doch findet man bei Stichelungen Leprazellen mit Bacillen. Die Todesursachen der Leprösen sind verschieden, so bei Frostgeschwüren, Gangrän und seine Folgen oder bei Lepromen im Larynx, Stenosen mit hochgradiger Dyspnoe; in den meisten Fällen tritt bei einer Zeitdauer von 5—20 Jahren Cachexie, amyloide Degeneration etc. ein. Die Therapie ist bis jetzt machtlos, H. hat alles, auch die UNNASche Methode, Einspritzungen von Erysipelkulturen, ohne Erfolg versucht.

L. Hoffmann-Berlin.

Die verschiedenen Knotenformen der Lepra, Bemerkungen gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Cutislepromen, von P. G. UNNA. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 93.) Einleitend wendet sich Verfasser gegen die durch die zahlreichen Publikationen in der Tagespresse wachgerufene Leprophobie, zu der die sehr geringe Infektiösität der Lepra wahrlich keinen Anlaß giebt. Verfasser stellt einen Knaben von 12 Jahren vor, der seit einem Jahr wiederholt unter starken Fieberanfällen Schübe von Hautknoten bekam. Kopf und Extremitäten sind mit blassen, gelbbraunlichen oder bräunlichen Knoten bedeckt, die die Umgebung überragen; je größer, um so platter sind sie. An den Waden ist die Haut gerötet, geschwollen, empfindlich; man fühlt hier konsistentere, nicht scharf umschriebene Knoten in der Tiefe, metastatisch gewordene, bacilläre Embolien mit entzündlichem Reaktionshof. Die Cutisleprome zeigen eine bemerkenswerte, topographische Anordnung. Betroffen sind im Gesicht: Backen, Kinn, Nase, innere Teile der erhaltenen Augenbrauen, Ohr. An den Extremitäten sind die Streckseiten nur befallen. An der Planta pedis sitzen Knoten. Behaarter Kopf, Hals, Rumpf, Inguinal- und Axillargegend sind frei, ebenso Schleimhäute und innere Organe; keine Muskelatrophien, keine Nervenverdickungen, keine Pigmentanomalien, keine Infiltrate. Umschriebene Anästhesien nur am Fußrand und an den Waden. Diaskopisch erscheinen die Knoten als ocker-gelbe Kreise, nicht braungelb wie Lupus, noch als zartes, graugelbes Punkt- und Strichwerk wie Syphilis. Das Mikroskop ergiebt massenhafte Bacillen. Es handelt sich hier um einen reinen Fall echter Cutislepra im Gegensatz zu den häufigeren Neurolepiden mit daran anschließenden subkutanen Lepromen, die von den Cutislepromen abzugrenzen sind. Die Lepra entwickelt sich entweder durch Affektion der sensiblen und motorischen Nerven (Lähmungen; Mutilierung ohne Hautaffektion), oder durch Affektion der vasomotorischen Nerven (Fleckenlepra, bacillenlose Neurolepride mit trophischen Störungen). In beiden Fällen giebt es keine Hautknoten; höchstens Hautmetastasen, ähnlich dem Erythema nodosum. Diese gehen aber wieder zurück. Die Haut ist schwer zugänglich für die Bacillen; wo sie ergriffen wird, kann es in zwei Arten geschehen: Entweder es entstehen sanfte Anschwellungen im Hypoderm, mit oder ohne Neurolepiden, oder es bilden sich Tumoren in der Cutis selbst, zuweilen nach entzündlichen Metastasen, aber auch ohne diese. In diesen Fällen erfreuen sich gewöhnlich die Nerven einer ausgedehnten Immunität. Als dritte Form der Hautknoten gesellt sich dann noch der entzündliche Hautknoten zu.

Wenn behauptet wird, daß es keine ausgesprochene Lepra ohne Ausfall der Augenbrauen gebe, so ist das nicht richtig. Meistens findet man schon im Beginne der Fleckenlepra der Stirn, besonders wenn frühzeitig leichte, lokale, subkutane Schwellungen vorhanden sind, einen Ausfall der Augenbrauen in der äußeren Hälfte, ein sehr auffallendes Symptom, welches für die Diagnose wichtig ist. Aber niemals schließt das Fehlen dieses Symptoms die Lepra aus.

Ein Fall des Verfassers mit typischen, subkutanen Lepromen zeigte wohlerhaltene Augenbrauen, was hier selten ist. Häufiger bleiben die Augenbrauen erhalten bei der reinen Cutislepra, wie der obige Fall zeigt. Die Augenbrauen sind intakt, trotzdem

mehrere kleinere Hautlepromen an ihnen sitzen. Der Ausfall der Augenbrauen ist also für Lepra nicht pathognomonisch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bericht über das Leprahospital von Rio de Janeiro, von AZEVEDO LIMA. (Rio, 1896.) Der Bericht bezieht sich auf den Zeitraum vom Juli 1895 bis Juli 1896, während welcher Zeit mit Einschluss der Verbliebenen, 105 Lepröse behandelt wurden, von denen 20 starben. Weitaus die meisten stammten aus den Staaten Minas Geraes, Sao Paulo und Rio de Janeiro. Es wurden mehrere Fälle von zweifelloser Ansteckung erwähnt, weshalb L. auch entschiedener Kontagionist ist. Dem Berichte folgt ein Anhang von HAVELBURG über die Anatomie der akuten Lepraeruptionen.

C. Müller-Genf.

Über Lepra, von MAX JOSEPH-Berlin. Nach einer Krankenvorstellung in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 3. Juni 1896. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 37.) J. stellt einen 41jährigen Patienten, der in Deutschland gebürtig nach Montevideo vor 18 Jahren ging und vor 5½ Jahren zuerst einen etwa fünfmarkstück-großen, rotbraunen Fleck auf der Streckseite des rechten Oberarms bemerkte. An der Stelle verminderte sich das Gefühl. Im Laufe der Zeit bildeten sich immer mehr Knoten und pigmentierte Flecken an den verschiedensten Körperteilen. Oktober 1893 stellte sich eiteriger Ausfluss aus dem Anus ein, der immer zunahm und die Defäkation erschwerte. Dann trat eine Undurchgängigkeit der Nase ein, mit starker Sekretion und Borkenbildung. Als er in diesem Jahre nach Deutschland in die Behandlung von J. kam, zeigte er alle Erscheinungen der Lepra. Am charakteristischsten ist bei Lepra, sowohl bei der tuberösen, als bei der anästhetischen das Gesicht (Facies leonina), dann der Knoten und Verfärbung der Haut auch an übrigen Stellen des Körpers. Von den Schleimhäuten werden meistens Nase, Kehlkopf, Darm etc. befallen. Therapeutisch sind wir bis jetzt machtlos. J. hat bei dem Patienten Versuche mit Schilddrüsenextrakt, jedoch ohne Erfolg, gemacht.

L. Hoffmann-Berlin.

b. Tuberkulose.

Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose, von LIECHTENSTERN. (*Münchener med. Wochenschrift.* 1897. No. 1.) Die mit einer Tafel versehene Arbeit verdient eine ganz besondere Beachtung. Sie lehrt, daß die allgemeine akute Miliartuberkulose auch zum Auftreten von Miliartuberkeln in der Haut Anlaß geben kann. Der Verfasser fand hierüber weder in der dermatologischen, noch in der sonstigen medizinischen Literatur irgend welche Notiz, sei es, daß diese Form der Hauttuberkulose zu den größten Seltenheiten gehört, oder aber den Beobachtern völlig entgangen ist. Letzteres wird begreiflich, da die Erscheinungen auf der Haut nicht grell auftreten, nur kleine, unscheinbare, spärlich und isoliert auftretende Papeln zeigen sich und können eventuell als harmlose Akne oder auch als Roseola papulosa gedeutet werden. An der Leiche werden diese Effloreszenzen ganz unendlich.

Zunächst sei aus der Krankengeschichte Folgendes hervorgehoben: Der vierjährige Knabe hatte vier Wochen vor seiner Aufnahme ins Spital die Masern durchgemacht, aber seitdem sich nicht mehr erholt. Hohes, remittierendes Fieber veranlaßte die Hospitalaufnahme. Es bestanden zunächst nur geringfügige bronchitische Symptome, die Haut war vorläufig vollkommen normal. Auffallend war der beträchtliche Milztumor. Zunächst dachte man an Typhus, doch wurde diese Diagnose bald aufgegeben. Stärkere und ausgebreitetere bronchitische Erscheinungen auf den Lungen stellten sich ein, ferner die Zeichen linksseitiger Pleuritis. Wachsende

Dyspnoë und Cyanose resultierten hieraus. Tachycardie bestand von Anfang an. Die Temperatur wurde unregelmäßig remittierend, zeitweise traten profuse Schweißse auf, der Verfall und die Abmagerung nahmen rapide zu. Damit war die Diagnose einer im Anschluß an Masern entstandenen akuten Tuberkulose der Lungen und eines ebensolchen pleuritischen Exsudates gegeben. Ende der sechsten Krankheitswoche ging der Patient unter dem typischen Bilde der tuberkulösen Meningitis zu Grunde.

Aus dem Sektionsbefund erscheint bemerkenswert: Ausgebreitete akute Miliartuberkulose der weichen Hirnhäute. Beide Lungen von akuten, grauen miliaren und von größeren, gelbweißen Tuberkelknötchen durchsät. Ausgedehnte miliare, akute und subakute Tuberkulose der Pleura beiderseits. Einige bronchiale Lymphdrüsen verkäst. Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen zum Teil käsig infiltriert. Die Leber ist an ihre Oberfläche von zahlreichen, grauen miliaren, zum Teil etwas größeren, weißgelben Knötchen durchsetzt. Solche sind auch auf dem Durchschnitt zu erkennen. Die enorm vergrößerte Milz zeigt oberflächlich zahlreiche gelbliche Knötchen, auf dem Durchschnitt erweist sich ihr Parenchym von zahllosen dichtstehenden miliaren, grauen und größeren gelben Knötchen durchsät. Durch Konfluenz derselben sind die beiden Pole in eine homogene, weißgelbe Masse verwandelt. In der Rinde beider Nieren zahlreiche kleine, miliare, graue und weißgelbe Tuberkelknötchen.

Erst in der zweiten Woche des Spitalaufenthaltes des Patienten erregten einige wenige Hauteffloreszenzen die Aufmerksamkeit. Sie bestanden in kleinen, mohnkorn- bis höchstens hanfkorngroßen, lebhaft roten, derben, kegelförmig zugespitzten Papeln, die sich auf vollständig normaler Haut mit scharfem Kontur steil erhoben. Im weiteren Verlaufe der Krankheit gesellten sich successive neue derartige Knötchen hinzu, so daß sie alsbald nicht nur im Gesichte, sondern auch auf dem ganzen Rumpfe an den oberen Extremitäten, am spätesten und spärlichsten auch an den Unterextremitäten bemerkbar wurden.

Außerordentlich wichtig war nun das weitere Verhalten dieser kleinen Papeln. Zahlreiche derselben bildeten sich nach kürzerem oder längerem Bestande allmählich unter Abblasung und feinsten Abschuppung vollständig zurück. Bei anderen kam es auf der Spitze des kegelförmigen Knötchens zur Bildung eines minimalen Bläschens, das rasch eintrocknete, worauf die weitere Rückbildung unter der erwähnten Desquamation erfolgte. Bei wiederum anderen Knötchen bildete sich aus dem Spitzenbläschen der Papel eine kleine Pustel, welche zuweilen auch größer wurde, aber niemals kam es zu einer totalen Vereiterung der ganzen Papel, wie bei einer Aknepustel oder bei einer Impetigo. Die Pustelbildung blieb stets auf die Spitze oder die etwa oberste Hälfte der Papel beschränkt. Der Pustelinhalt trocknete stets rasch ein, die kleine Borke hob sich dann unmerklich, gleichzeitig mit der erwähnten Desquamation des übrigen Abschnittes der Papel ab. Niemals kam es zur Bildung größerer als hanfkorngroßer Papeln, niemals zu größeren Pusteln, nie auch nur entfernt zur Bildung eines, wenn auch noch so kleinen Hautgeschwürs. Wegen dieser Neigung der akuten Miliartuberkel der Haut zu spontaner Involution und Resorption wurden diese Bildungen bisher gar nicht beachtet.

Am meisten zeigte das beschriebene Exanthem noch Ähnlichkeit mit dem sogenannten Lichen syphiliticus, es teilt mit diesem auch die geringe Neigung zur Pustelbildung in die ausgesprochene Neigung zur Involution unter Schuppenbildung. Während sich die geschilderten Papeln in der erwähnten Weise zurückbildeten, traten immer neue Nachschübe an anderen entfernten Stellen der Haut auf, doch kam es zu keiner Zeit zu einer gleichzeitigen reichlichen Dissemination. Ferner

bestand niemals auch nur die geringste Tendenz zur Gruppenbildung. Die Dissemination war eine völlig gleichmäßige und isolierte. Dieser Umstand, sowie die eigentümliche Gestalt der Knötchen und die Art ihrer Involution erregte beim Verfasser schon früh die Überzeugung, daß es sich hier um etwas besonderes, um Eruptionen handle, die mit der Grundkrankheit, der akuten Miliartuberkulose in ursächlichem Zusammenhange stehen müßten. Es sollten nun intra vitam die Knötchen auf Tuberkelbacillen untersucht werden, aber faktisch beschränkte sich die Untersuchung zu Lebzeiten des Patienten auf den eitrigen Inhalt einer pusteltragenden Papel und blieb ergebnislos. Es hätte eine der Papeln von Grund aus exstirpiert werden müssen; dann würde schon ein durch Quetschung dargestelltes Ausstrichpräparat genügt haben, die Tuberkelbacillen zur Anschauung zu bringen, da sie, wie später sich zeigte, in dem im Papillarkörper gelegenen Miliartuberkel in geradezu enormer Zahl vorhanden waren. Bei der Sektion wurden zwar ein paar frische Knötchen samt der Cutis herausgeschnitten, dadurch gelang es, den frischen Miliartuberkel in voller Schönheit darzustellen, aber es wurde leider versäumt, auch solche Papeln zu exstirpieren, welche in der Rückbildung weit vorgeschritten waren. Die mikroskopische Untersuchung wurde in sorgfältiger Weise von Dr. WILMS ausgeführt und folgt im Anschluß an die Arbeit LEICHTENSTERN'S. Sie ergab, daß epidermoidale Teil des Knötchens einen etagenförmigen — in der Zeichnung klar erkennbaren — Bau zeigte, indem zwischen Schichten gewucherter Hornhaut, abwechselnd Exsudatschichten lagen, ganz analog dem von UNNA erforschten etagenförmigen Bau der staphylogenen Impetigo, nur mit dem Unterschiede, daß die Exsudatschichten nicht, wie bei der Impetigo UNNA'S ausschließlich aus Leukocyten, sondern aus serofibrinösem Exsudat mit spärlichen Leukocyten, Zellnekrosen und Kernresten bestanden. Dort aber, wo es zweifellos durch Einwanderung von Eiterkokken von außen her in die oberflächlich verletzte Papel zur Pustelbildung kam, zeigte das Knötchen den der Impetigo gleichenden Bau auch insofern, als die obersten Exsudatschichten der Papel rein eitrig waren und Eiterkokken enthielten.

Das primäre und richtigste Gebilde ist der im Papillarkörper der Haut gelegene 1—2 mm breite linsenförmige Tuberkel mit zahllosen Tuberkelbacillen in seinem Innern. Verfasser erklärt die sekundäre epidermoidale Papelbildung damit, daß durch Diffusion der Tuberkel-Toxine in das Stratum mucosum, auf chemotaktischem Wege Anlockung spärlicher Leukocyten und serofibrinöse Exsudation aus dem Papillarkörper dort stattfand. Durch die zeitweilige Wucherung neuer Hornschichten und nachfolgend Exsudation entstand der beschriebene etagenförmige Aufbau des epidermoidalen Teiles des Knötchens, ganz ebenso wie bei der Impetigo nach UNNA. Bezüglich der weiteren Einzelheiten sei auf das Original verwiesen (den mikroskopischen Befund von WILMS). Nur noch auf zwei Krankheitserscheinungen wäre die Aufmerksamkeit hinzulenken:

1. Kam es allmählich im Gefolge der Eruption der Miliartuberkel der Haut zu einer akuten Schwellung zahlreicher Lymphdrüsen am Halse, in der Achselhöhle und in der Leistengegend.

2. Zeigten sich in der vierten Krankheitswoche auf der Schleimhaut der Unter- und Oberlippe, namentlich am Umschlagwinkel der Lippen zur Zahnfleischschleimhaut miliare Eruptionen, welche sich alsbald in oberflächliche Geschwürchen mit speckigem Belage umwandelten. Auch auf der Zungenschleimhaut traten ein Paar derartige kleine Ulcerationen auf. Leider unterblieb die Untersuchung auf Tuberkelbacillen. Vielleicht handelte es sich auch hier um miliartuberkulöse Eruptionen, welche in der Schleimhaut einen anderen Verlauf — raschen ulcerativen Zerfall — nahmen als in der widerstandskräftigen Lederhaut.

Die dem „mikroskopischen Befunde“ von WILMS beigefügte Tafel verdient eine spezielle Würdigung wegen des klaren durch sie gelieferten Überblicks über den etagenförmigen Bau, welchen der epidermoidale Teil des Knötchens zeigt, ferner über die ungeheure Menge der deutlich gefärbten in einem entzündlichen, gleichmäßig gebauten Granulationsgewebe eingelagerten Tuberkelbacillen. Andere Bakterien sind in dem Granulationsgewebe nicht auffindbar gewesen. Die Verteilung der Tuberkelbacillen, ihre ätiologische Bedeutung, ihr Verhältnis zur Entstehung der etwas komplizierten Hautaffektion — all dies wird durch den Befund von WILMS klargestellt und ist im Original beweiskräftig erledigt.

Neuhaus-München.

c. Syphilis.

Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues, von C. STROEHMBERG. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 39.) Verfasser, ein Anhänger einer strengen Überwachung der Prostitution, verlangt in zwei Punkten eine Besserung der Kontrolle. Erstens soll die Untersuchung stets nur in dazu eingerichteten Räumen, niemals im Hause der Prostituierten stattfinden. Diese Räume lehnen sich am besten an eine Krankenanstalt an, müssen mit allen zur Untersuchung irgend nötigen Instrumenten ausgerüstet sein und auch alles enthalten, was zur ambulatorischen Behandlung erkrankter Prostituirter nötig ist. Zweitens soll die Honorierung der Ärzte durch die Behörden, niemals durch die Prostituierten selbst erfolgen, wie es in Rußland üblich zu sein scheint.

Des weiteren verlangt Verfasser eine Verbreitung der Kenntnisse von den venerischen Erkrankungen und macht verschiedene Bemerkungen über die Bücher der Prostituierten etc.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Novgorod, von G. HERZENSTEIN. (*Zeitschr. f. Hyg., gerichtl. u. prakt. Med.* 1896. No. 4.) Die Zahl der Syphilitiker im Novgorodschen Gouvernement ist in stetigem Wachstum begriffen und stieg von 7,37 pro mille Bevölkerung im Jahre 1888 bis auf 8,7 pro mille 1894. Ihre Verbreitung findet die Krankheit auch hier, wie überall im Reiche, hauptsächlich auf aufsergeschlechtlichem Wege. Die medizinische Hülfe ist hier eine stets mangelhafte. Zur Bekämpfung der Krankheit und ihrer Verbreitung schlug Dr. LEBEDEV die Gründung kleiner Heilanstalten für erwachsene Syphilitiker und besondere Asyle für syphilitische Kinder vor, ein Vorschlag, mit dem sich auch die St. Petersburger syphilidologische Gesellschaft vollkommen einverstanden erklärte.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Die Verbreitung der Syphilis und ihre ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernogrjaschen Kreises des Gouvernements Moskau, von N. SKATKIN. (*Zeitschr. f. Hyg., gerichtl. u. prakt. Med.* 1896. No. 5 u. 6.) Von 1885—1892 wurden 3880 Syphilitiker eingeschrieben. Mehr als $\frac{3}{4}$ derselben befanden sich in der tertiären Syphilisperiode. Durchschnittlich betrug die jährlich einregistrierte Zahl der Syphilitiker 4,13% der Bevölkerung. In den letzten fünf Jahren scheint die Krankheit etwas abgenommen zu haben. Die Behandlung war vorzugsweise eine ambulatorische. Die Patienten besuchten das Ambulatorium sehr selten und ließen sich nur sehr kurze Zeit behandeln, weshalb die meisten derselben ungeheilt blieben. Die Ursachen dieser ungenügenden Behandlung blieben unbekannt. Für die regelmässige Behandlung der Syphilitiker sind genaue Register derselben unentbehrlich, und zwar in jedem Dorfe: 1. Familienliste für alle Kranke, inkl. Syphilitiker. 2. Familienliste nur für syphilitische Familien. 3. Namensliste nur für Syphilitiker.

Nur dadurch könnte eine richtige Vorstellung über die Verbreitung dieser Krankheit gewonnen werden.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Die Verbreitung der Syphilis im Nicolajewschens Kreise des Gouvernements Samara, von J. NIKITIN. (*Allwöchentl. med. Zeitschr.* 1896. No. 3.) Unter einer Bevölkerungsziffer von 45 000 wurden im Jahre 1893 198 Männer als syphilitisch registriert.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Weiteres über das Syphiliskontagium, von VAN NIESSEN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 36.) Der Verfasser des Buches „der Syphilisbacillus“, der Wiederfinder der dem LUSTGARTENSCHEN Bacillus auf dem Wege durch die Skepsis der Kritik verloren gegangenen Spezifität beginnt seine weiteren Mitteilungen mit einer Beschwerde über die kritische Beurteilung, die seine Arbeit gefunden: „Die Mehrzahl der Kritiken sei kritiklos gewesen;“ Die Fachblätter müßten die akuten Besprechungen von Originalarbeiten wirklich berufenen Händen und Köpfen anvertrauen“ etc. Es ist wohl begreiflich, daß die ungünstige Beurteilung dem Verfasser Schmerz bereitet, aber es dürfte doch für ihn ratsam sein, sich eingehend zu prüfen, ob nicht doch seine Arbeit so viel Schwächen besitzt, daß die gefundene Kritik begründet ist. Der Verfasser steht auf einer prinzipiell falschen Basis, wenn er von der Kritik positive Gegenbeweise verlangt. Er hat die Aufgabe, seine sehr auffallenden, vielfach den bestehenden Anschauungen radikal entgegenstehenden Behauptungen mit solchen positiven Beweisen zu belegen, daß sie für die Kritik unanfechtbar sind. So lange das nicht der Fall ist, thut die Kritik nur ihre Pflicht, wenn sie die etwaigen schwachen Seiten in der Beweisführung hervorhebt; Gegenbeweise beizubringen ist nicht ihre Aufgabe. Es wäre dem augenscheinlich mit aufopferndem Fleiße arbeitenden Verfasser, der sich selbst mit Columbus vergleicht, nur zu wünschen, daß er mit der Kritik seiner Arbeit künftig zufrieden sein kann; allerdings kann ich mich des Zweifels nicht erwehren, ob diese jetzt vorliegende Arbeit die Zufriedenheit anzubahnen geeignet ist. Nun zur Sache! Verfasser ging bei seinen weiteren Züchtungen besonders aus von demluetisch erkrankten Nervensystem, der paralytischen Hirnrinde und dem tabetischen Rückenmark, also von den pathologisch afficierten Veränderungen, deren spezifischluetische Natur von den meisten Autoren angezweifelt wird. Er verschiebt aber die Wiedergabe der bakteriologisch-histologischen Befunde im Zentralnervensystem auf eine spätere Zeit. Diesemal geht Verfasser mehr auf seine neuen positiven Impffresultate und Züchtungsversuche ausluetischen Produkten ein. Er impfte mit Erfolg in letzter Zeit Nager und Zwiifufer mit Kulturen einer Initialsklerose, die er sehr tief excidierte und in charakteristischer Weise mit seinem Syphiliserreger bis in die tiefsten Schichten durchsetzt fand. Aus der Sklerose wie aus demluetischen Blute, das er während der Excision gewann, erhielt Verfasser Reinkulturen. Dabei betont Verfasser die Polymorphie eines Syphiliserregers, den er anheimgiebt „Syphilisbacillus“ oder „Syphiliscoccus“ zu nennen. Als Ergebnisse seiner Impfungen, deren Folgen beim Tiere geschildert werden, führt Verfasser an, daß er erzielt habe: typische Primäraffekte (sklerosierende Ulcera) am Genitale der Ziege, furunkulöse, initiale Geschwüre mit umschriebenen Infiltraten und Indurationen metastatischer Art beim Kaninchen, gummöse Neubildungen, in einem Falle mit beginnender, zentraler, eitriger Schmelzung und phagedenisch in die Tiefe vorrückende Geschwüre.

Auf die Gefahr hin vom Autor nicht zu den Kritikern gezählt zu werden, die zur Kritik das Zeug haben, muß ich doch sagen, daß der festen Überzeugung des Verfassers,luetische Produkte bei den Tieren erzeugt zu haben, die strengste Skepsis entgegengestellt werden muß. Sollte Verfasser dieselbe als nicht berechtigt widerlegen

können, desto besser für ihn und die Wissenschaft. Bisher ist ihm aber nicht gelungen der Skepsis den Boden zu untergraben. Es scheint doch, als ob er in seiner festen Überzeugung den Syphiliserreger in Händen zu haben, alles, was er mit seinen Kulturen erzeugt, gewissermaßen durch eine luetische Brille ansieht, selbst wenn es mit allen früheren, bei den stets vergeblichen Tierimpfversuchen in herbstem Widerspruch steht. Sicher geht er in seinen Schlüssen zu weit. Dafür zum Schluss nur ein Beispiel: Er findet im blennorrhoidischen Sekret einen Syphiliserreger. Statt nun sich zu fragen, ob das nicht darauf deutet, daß es mit der Spezifität desselben seine Zweifel hat, will er vielmehr darauf diagnostische Schlüsse bauen und dem Blennorrhöiker eine Syphilis an den Hals hängen. Leider entzog sich der Patient seiner Beobachtung. Vielleicht hätte das Nichteintreffen der Syphilis den Verfasser etwas skeptischer gemacht gegenüber seinem Lieblingskinde. Im übrigen wollen wir die versprochenen weiteren Mitteilungen abwarten, bevor wir eine definitiv ablehnende Stellung einnehmen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis, von HENRI FEULARD. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 33.) Auf dem dritten internationalen Dermatologenkongresse gab Verfasser ein Referat über die sehr wichtige Frage, wie lange die Syphilis übertragbar ist. Er zeigt zunächst, wie es in allererster Reihe die der Sekundärperiode angehörigen Papeln sind, welche die Übertragung übermitteln, und wie alle Momente, welche zumal die Bildung von Schleimhautpapeln unterhalten und verlängern, auch damit die Ansteckungsfähigkeit verlängern. Zu diesen Momenten zählen vor allem lokale Reizung durch Mißbrauch von Alkohol und Tabak; letzterer vermag besonders die Sekundärperiode hinzuziehen.

Feste Schlüsse auf die Dauer der Ansteckungsfähigkeit gestatten nur ausgedehnte klinische Beobachtungen. So lange Papeln bestehen, wird man auch die Möglichkeit der Übertragung annehmen müssen. BARTHÉLEMY fand unter 531 Prostituierten 20, die Papeln zeigten, trotzdem seit der Infektion schon 4 bis 12 Jahre verflossen waren. Dadurch wird die gewöhnliche Annahme, daß die Syphilis nach circa 4 Jahren aufgehört hat, kontagiös zu sein, erschüttert. Noch beweisender sind aber Fälle, in welchen wirklich bewiesen werden kann, daß nach mehr als 4 Jahren wirklich eine Übertragung vom Manne auf die Frau erfolgt ist. Solche Fälle hat Verfasser durch eine kleine Sammelforschung festzustellen gesucht; er giebt sie hier wieder. Es sind 20, von denen bei 16 die Übertragung in den ersten 10 Jahren stattfand. Der Initialaffekt saß in 12 Fällen auch an den Genitalien; zweimal wurde die Übertragung durch Konzeption vermittelt, zweimal entstanden Lippenschanker, viermal wurde der Initialaffekt nicht nachgewiesen, erst die Sekundärerscheinungen lenkten die Aufmerksamkeit auf die Syphilis. Die Ansteckung ging aus fünfmal von oberflächlichen Substanzverlusten am Penis oder Skrotum, zweimal von Geschwüren am Penis tertiären Charakters, sechsmal von Erosionen im Munde oder an der Zunge. Meist erfolgte die Ansteckung in den ersten Monaten der Ehe, in einzelnen Fällen sogar erst nach Jahren. Die Ehemänner waren fast alle früher sorgsam behandelt worden; unter ihnen befindet sich ein Arzt, der über acht Jahre fast permanent behandelt war und doch nachher seine Frau infizierte. Keineswegs handelte es sich immer um schwerere Syphilisfälle. In der Hälfte derselben waren leichte Erscheinungen vorhanden, die aber stets recidivierten; besonders kleine Risse und Abschilferungen der Zunge, oberflächliche Syphilide des Scrotums, Nagel- und Handflächenkrankungen. Die Zungenveränderungen und die Psoriasis palmaris et plantaris haben überhaupt das gemeinsame, daß sie sehr widerstandsfähig sind und oft nur auf Kalomelinjektionen zurückgehen. — Hervorzuheben ist, daß viermal die Frauen bereits gesunde Kinder geboren hatten; es ist also die Geburt eines gesunden Kindes kein Zeichen erfolgter Heilung. —

Der Charakter der bei den angesteckten Personen entstehenden Syphilis scheint nicht abhängig von dem Alter der Syphilis des Infizierenden.

Der Verfasser folgt aus seinen Beobachtungen:

Die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis bestimmt festzustellen, ist unmöglich; sie variiert bei den verschiedenen Individuen. — Die herrschende Ansicht, daß die Kontagiosität nach 3 bis 4 Jahren erlischt und man deshalb nur so lange die Ehe verbieten muß, stimmt für die Mehrzahl der Fälle.

In seltenen Fällen kann aber auch nach 6 bis 10 und mehr Jahren eine Übertragung stattfinden. Hier sind es häufiger einfache Erosionen, welche die Infektion vermitteln; vielleicht auch tertiäre Erscheinungen.

Die Epitheldecke der Genitalien und die Mundschleimhaut spielen bei der Übertragung eine besonders wichtige Rolle.

Die Ursache des späten Auftretens kontagiöser Syphilide sind meist unbekannt; bei der Mundschleimhaut ist der Tabakgenuß besonders bedeutungsvoll. Man muß also starken Rauchern gegenüber mit der Heiraterlaubnis besonders vorsichtig sein.

Die Behandlung scheint keinen großen Einfluß auf die Virulenz zu haben.

Stets bedarf es bei der Prognose der Zukunft eines Luetischen in Bezug auf die Ansteckungsfähigkeit einer gewissen Reserve, da Übertragungen in später Zeit vorkommen, ohne daß man sie hätte ahnen können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten? von E. LESSER. (*Therapeut. Monatsh.* August 1896.) Zwei Gefahren, so führt der Verfasser aus, drohen dem Syphilitischen in der Ehe: Erstens die Gefahr schwerer Recidive, welche die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen; zweitens die Gefahr Frau und Kinder zu infizieren. Die Gefahr des Auftretens schwerer tertiärer Erscheinungen ist insofern eine geringe, als nur eine kleine Anzahl von Fällen von diesen heimgesucht wird und eine sorgsame Behandlung in den Frühperioden sie sehr abzuschwächen vermag. Sie kann kein Hindernis für den Ehekonsens bieten. Hat aber jemand schon schwerere tertiäre Erscheinungen gehabt, so wird man ihm dringend von der Ehe abraten. — Die zweite Gefahr der Ansteckung der Gattin und der Vererbung besteht nur eine bestimmte Zeit. Dabei ist zu bemerken, daß bei der Frau im Gegensatz zum Manne die Vererbungsfähigkeit die Ansteckungsfähigkeit lange überdauert, man also bei luetischen Frauen vorsichtiger bei der Erteilung der Heiraterlaubnis sein muß als bei luetischen Männern. Im allgemeinen dauert die Ansteckungsfähigkeit wenigstens drei Jahre. Übermittelt wird die Ansteckung durch Sekrete von Krankheitsherden, durch das Sperma direkt oder indirekt nach erfolgter Konzeption. — Als Minimum wird man also drei Jahre festhalten müssen, besser fünf bis sechs Jahre, wobei die Energie der stattgehabten Behandlung mitzureden hat. Die Forderung, daß ein bis zwei Jahre seit dem letzten Krankheitssymptom vergangen sein müssen, ist in dieser Form nicht richtig. Es kommt darauf an, welcher Art die Symptome waren. Waren sie sekundärer Natur, dann ist die Forderung berechtigt, tertiäre Symptome aber kontraindizieren die Ehe nicht. Ein Nachteil würde für die Frau nicht entstehen, wenn ein mit tertiären Hautgeschwüren behafteter heiraten würde (? d. Ref.). In jedem Falle muß der Arzt sich der großen Verantwortlichkeit bewußt bleiben, die er bei der Verweigerung wie bei der Erteilung des Heiratskonsenses zu tragen hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die **Prognose der Syphilis** ist nach FOURNIER (*Bull. méd.* Mai 1896) nicht nur abhängig von den spezifischen Krankheitserscheinungen, sondern ganz besonders von dem ungemein häufigen Auftreten der parasyphilitischen Läsionen, die in gewohnter Weise aufgeführt werden.

H. Einhorn-München.

Syphilis maligna secundaria, von HASLUND. (*Medic. Selskabs Forh. Hosp.-Tid.* 1896. No. 26. cfr. No. 32—34.) Maligne Syphilis, welche erst von BAZIN beschrieben worden, ist eine Form von sekundärer Syphilis mit Auftreten von ulcerativen Prozessen auf der Haut kurz nach der Infektion; diese entstehen durch Papel- und Pastelbildungen, selten durch nekrotischen Zerfall der Papel. Sie darf nicht mit gallopiender Syphilis und tertiären Formen identifiziert oder verwechselt werden. Der Name Syphilis maligna ist daher störend; sie sollte Syphilis ulcerativa praecox- oder jedenfalls Syphilis maligna secundaria genannt werden. Sie scheint namentlich bei schlecht ernährten Individuen vorzukommen, aber doch auch nicht so selten bei Patienten, deren Allgemeinzustand völlig befriedigend ist. In solchen Fällen kann man vielleicht annehmen, daß Syphilis nie vorher in der Familie des betreffenden Patienten vorgekommen, und das Geschlecht somit nicht „vacciniert“ worden ist, wie ja die Syphilis auch einen bösartigen Charakter annimmt beim Auftreten in solchen Gegenden, die früher davon verschont wurden. Die Prognose ist besser, als man gewöhnlich annimmt; unter guten hygienischen Verhältnissen und passender Behandlung heilt sie gewiß in der Regel vollständig, und ohne die Tendenz in Tertiärismus überzugehen. — Unter 8691 Fällen von Syphilis, die auf der Abteilung des Verfassers in den Jahren 1882—1895 (incl.) behandelt wurden, ist sie 39 mal vorgekommen, bei 0,47% Männern und in demselben Prozentverhältnis bei Frauen. Man kann keine allgemeine Regeln für die Behandlung aufstellen; man muß im höchsten Grad individualisieren; gute hygienische Verhältnisse, kräftige Diät etc. sind doch immer zu empfehlen. — Die guten Resultate, welche in allen Fällen des Verfassers erreicht sind, rühren von sehr verschiedener Behandlung her.

In der Diskussion erwähnt PONTOPPIDAN (wie auch von HASLUND angeführt) das irrige im Namen Syphilis maligna und spricht die Vermutung aus, die Ursache der ulcerativen Prozesse wäre möglicherweise in einer Mischinfektion z. B. mit Staphylokokken zu suchen. — HASLUND glaubt nicht, daß diese Auffassung richtig sei, die Sache ist aber bis jetzt zu wenig untersucht.

Ludw. Nielsen - Kopenhagen.

Einige weniger gewöhnliche Formen syphilitischer Erkrankung, von MCCALL ANDERSON. (*Brit. med. Journ.* 12. September 1896. S. 637.) Der Verfasser beschreibt eine Anzahl interessanter Fälle.

Im ersten Falle sprach der Patient bei der Aufnahme langsam und undeutlich; seine Ausdrucksweise war schwerfällig und stupid. Die untere Partie der rechten Gesichtshälfte war paretisch, ebenso, aber weniger stark, der rechte Arm. Aus den anamnestischen Angaben konnte man auf Syphilis schließen. Eine gründliche Schmier- und Jodkaliumkur brachten die Erscheinungen zum Schwinden.

Im zweiten Falle war der Patient unfähig, auch nur die leichteste Rechnung auszuführen, er konnte Wörter nicht korrekt buchstabieren, ausgenommen seinen eigenen Namen. Er litt an heftigen Schmerzen, besonders am Hinterkopf, welche einige Tage nach dem Auftreten der Aphasie einsetzten. Unter einer anti-syphilitischen Kur verschwanden alle Symptome.

Der dritte Fall betraf einen 7jährigen Knaben mit hereditärer Lues. Beide Kniegelenke des Patienten waren gleichmäßig geschwollen, schmerzhaft, gespannt, prall elastisch. Von der Schwellung war auch noch das untere Ende des Oberschenkels ergriffen. Diese Partie war gleichzeitig gerötet und fühlte sich heiß an. Der Patient konnte wegen der Spannung und der Schmerzhaftigkeit die Beine nicht strecken. Neben diesen Erscheinungen bestand an beiden Augen eine interstitielle Keratitis. Jodkalium hatte hier wenig Wirkung, mehr Quecksilber-einreibungen an den erkrankten Partien.

Der vierte Fall zeigte Symptome einer beginnendes Tabes. Dieselben verschwanden jedoch fast ganz unter energischen Quecksilbereinreibungen und Elektrisieren mit dem galvanischen Strom.

Der Verfasser beschreibt noch weitere Fälle. Es handelt sich zumeist um solche, die vor einer Reihe von Jahren leichte syphilitische Erscheinungen gezeigt, sich jedoch nur schlecht haben behandeln lassen.

C. Berliner-Aachen.

Die Recidive der syphilitischen Roseola, von FOURNIER. (*Journ. des pratic.* 1896. No. 46.) Dieselbe stellt keine Wiederholung einer initialen Roseola dar, sondern nur die abgeschwächte Form einer gewöhnlichen Roseola. Sie ist weniger ausgebreitet als diese und zeigt weniger zahlreiche isolierte Elemente. Meist lokalisiert sie sich an den Seitenpartien des Thorax und ergreift nur ganz selten die Extremitäten. Die einzelnen Flecke sind kleiner, nicht so intensiv rot, ihre Konturen weniger scharf, verschwommen. F. beschreibt auch eine besondere Varietät dieser recidiven Roseola, die ringförmige oder ovale mit zentraler gesunder Hautpartie. Bei derselben bilden die Elemente unter sich einen Ring oder Doppelkreis in dessen Mitte sich gesunde Haut befindet. Von ähnlichen tertiären Bildungen unterscheidet sich die recidive Roseola ebenfalls, indem erstere viel weniger aber grössere Elemente zeigt, viel langsamer verläuft, länger dauert und der spezifischen Behandlung mehr Widerstand leistet.

C. Müller-Genf.

Syphilis insontium, von J. LENZ. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 39.) Neben der „Syphilis pravorum“ giebt es nach dem Entstehungsmodus eine „Syphilis e coitu legitimo“ (Infektion unter Ehegatten), eine „Syphilis hereditaria“ und eine „Syphilis extragenitalis s. sine coitu“. Nur letztgenannte Gruppe von Fällen will Verfasser in diesem Aufsatz als „Syphilis insontium“ besprechen, wobei er sich anlehnt an die Monographie von L. D. BULKLEY. Zunächst giebt Verfasser statistische Angaben unter besonderer Berücksichtigung der Beobachtung in Böhmen, woraus die Häufigkeit extragenitaler Infektion erhellt. Daran schliessen sich allgemeine Ausführungen über die Verbreitungsweise der Syphilis, wobei Verfasser wie BULKLEY unterscheidet: 1. Syphilis pandemica (epidemica und endemica); 2. Syphilis sporadica (oeconomica, crephotrophica, technica). Die zweite, heute fast ausschließlich (bis auf Südrussland) vorkommende Gruppe wird dann ausführlich besprochen. Die von BULKLEY eingeführte Bezeichnung „Syphilis crephotrophica“ fast die Fälle von Infektion der Kinder durch ihre Ernährer oder Erzieher. Zum Schluss erörtert der Verfasser die Prophylaxe der Syphilis insontium, die besteht in einer Beschützung des Einzelnen und in öffentlichen Massregeln resp. der gesetzlichen Kontrolle gegen die Verbreitung der Syphilis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorlesungen über infantile Syphilis, von J. A. COUTTS. (*The Brit. med. Journ.* 25. April 1896.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die widerstreitenden Ansichten hinsichtlich der Natur und sogar des Auftretens der erblichen Syphilis erörtert der Vortragende sowohl den Einfluss des Vaters wie der Mutter auf die Übertragung und die Intensität der Krankheit. Er hat sich Aufzeichnungen gemacht über je 100 Familien, in denen die Syphilis des Kindes vom Vater und in denen sie von der Mutter herrührt. In der ersteren Reihe fanden 563 Schwangerschaften statt mit 187 Aborten, 193 Kindern, welche frühzeitig starben, und 183 Kindern, welche noch am Leben sind. Die Mortalität beträgt hier 56,6%. In der zweiten Serie (Syphilis der Mutter) gab es 539 Schwangerschaften mit 189 Aborten, 203 Kindern, welche früh starben und 147 noch lebenden Kindern. Die Mortalität betrug hier genau 58%, somit nur wenig mehr als in der ersten Serie. Dafs für die Mortalität auch die Armut und andere Faktoren verantwortlich zu machen sind, be-

streitet C. nicht, wenngleich die Syphilis in solchen Fällen die Basis für den frühzeitigen Tod der Kinder bildet. Was die Syphilis durch Konzeption und die Immunität der Mutter betrifft, so glaubt der Vortragende, daß Heilung durch Produktion einer chemischen immunisierenden Substanz eintritt. Der infizierte Fötus pflegt dieses Antitoxin zu produzieren, das durch die Mutter absorbiert wird und diese immun macht. Bei der ersten Konzeption kann die Absorption des Antitoxins seitens der Mutter und die Verbreitung desselben sowohl im fötalen, wie im mütterlichen Kreislauf des Fötus nachteilig sein und ihn lebensunfähig machen. Mit jeder Schwangerschaft kumuliert sich das Antitoxin in der Mutter und wirkt, in gehöriger Quantität vorhanden, heilsam auf die Syphilis ein, so daß schließlich lebende und gesunde Kinder zur Welt gebracht werden können. Zu den Erscheinungen der erbten Syphilis gehört der kongenitale, infantile Marasmus, gegen die Quecksilberkuren von sehr geringem Nutzen sind. Die Initialsymptome der hereditären Lues setzen meist im zweiten Monate nach der Geburt, zuweilen aber auch später, ja noch ein Jahr post partum ein. Unter denselben findet man in den Lehrbüchern nur selten den von BARLOW beschriebenen syphilitischen Furunkel angeführt. Es ist dies eine indolente Hautanschwellung von blauroter Farbe und spärlichem, eiterigen Inhalt.

Es werden weiter vom Vortragenden die viscerale Syphilis, die Knochensyphilis, das COLLESSche Gesetz einer Besprechung unterzogen. *C. Berliner-Aachen.*

Ausnahmen des COLLESSchen Gesetzes, von G. OGILVIE. (*Brit. med. Journ.* 1. Februar 1896. S. 272.) Der Verfasser teilt zwei Fälle mit die als Ausnahmen des COLLESSchen Gesetzes gelten können. Solcher Fälle gäbe es wahrscheinlich in den Kinderhospitälern und Findelhäusern noch weit mehr, als zur Kenntnis der Syphilidologen gelangten. Ein Gesetz sei aber erschüttert und könne recht eigentlich nicht als solches angesehen werden, welches so viele Ausnahmen aufweise.

J. HUTCHINSON, COTTERELL, LEES, COLCOTT FOX haben niemals eine wirkliche Ausnahme des COLLESSchen Gesetzes gesehen und bezweifeln nach dieser Richtung hin die vom Vorredner angeführten Fälle. *C. Berliner-Aachen.*

Als **klinische Formen der konzeptionellen Syphilis** (Infektion der gesunden Mutter durch den Fötus) unterscheidet R. d'AULNAY folgende drei:

1. Eine frühzeitige, welche sich zwischen dem 60. bis 80. Tage nach der Zeugung zeigt.

2. Eine latente: Exantheme fehlen, dafür bestehen aber verschiedene andere Störungen (Cephalalgien, Knochenschmerzen, Alopecie, Fieber, Müdigkeit, Abmagerung etc.) oder auch von diesen kann nichts vorhanden sein und die Patientinnen sich scheinbar der besten Gesundheit erfreuen, trotzdem die Infektion besteht (negativer Ausfall von Inokulationen vom Kinde auf die Mutter etc.).

3. Eine spät auftretende Form, die sich erst nach 4, 6, 8, 10 Jahren zeigt und direkt mit tertiären Erscheinungen (Gummata) einsetzen kann. (*Echo méd. de Lyon.* August 1896.) *C. Müller-Genf.*

Über syphilitische Reinfektion, von P. ANDRIANI. (*Giorn. intern. d. science med.* 1896. No. 16.) Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, der sich 30 Jahre nach Abheilung einer typisch verlaufenen Lues zum zweiten Mal syphilitisch infizierte (papulo-makulöses Exanthem, allgemeine Lymphdrüsenanschwellung).

Gestützt auf diesen Fall schließt Verfasser, daß 1. eine syphilitische Reinfektion möglich ist; daß 2. die Zwischenzeit zwischen den beiden Infektionen eine verschieden lange sein kann; daß 3. nicht alle Erscheinungen der ersten Erkrankung auch bei der zweiten auftreten und daß sich bei dieser letzteren neue Symptome zeigen

können, welche der ersten fremd waren; dafs 4. bei beiden dieselben therapeutischen Mafsnahmen anzuwenden sind.

C. Müller-Genf.

Lokalisation von Schankern auf ungewöhnlichen Stellen, von E. H. GRIFFIN. (*New York med. Journ.* 23. Mai 1896.) Durch vorliegende Publikation von 20 Fällen dieser Art, welche ihm in seiner Praxis als Spezialist für Hals- und Nasenerkrankungen seit August 1894 zur Beobachtung gelangt sind, will Verfasser weniger etwas wissenschaftlich Neues bieten, als vielmehr auf die Notwendigkeit der staatlichen Überwachung der infizierenden Individuen hinweisen. Es handelte sich nachweislich nur bei vier von seinen Fällen um Prostituierte. Die Tabelle umfaßt Männer, Frauen und auch Kinder. Das Primärsyphilid fand sich: an der Lippe 8 mal (resp. im Verein mit sonstiger Lokalisation 14 mal), an der Zunge 4 mal, an der Tonsille und am Arme je 2 mal, und an der Nase, der Hand, der Brustwarze (bei einer Stillenden) und dem Zahnfleisch (vielleicht durch eine infizierte Zahnbürste übertragen) je 1 mal. Diese Thatsachen sprechen für sich selbst deutlich genug. *Philippi-Remscheid.*

Hartnäckiger Schanker der Unterlippe, von D. W. MONTGOMERY. (*Amer. med.-surg. bull.* 1. August 1896.) Die Erfolglosigkeit einer ein- bis zweiwöchentlichen, spezifischen Therapie berechtigt in zweifelhaften Fällen nicht zum Ausschluss eines Primäraffektes und zur Annahme eines Carcinoms. In dem von M. mitgeteilten Falle war das Ulcus nach 21 tägiger Behandlung — 42 Tage nach Beginn der Erkrankung — durchaus nicht verkleinert; zu der von Anfang an bestehenden, bedeutenden Schwellung der linken Unterkieferdrüsen war im Laufe der Behandlung noch eine Anschwellung der rechtsseitigen Drüsen getreten. Der mikroskopische Befund ergab keinerlei Zeichen von Carcinom oder Tuberkulose. Bis zur vollständigen Heilung verstrichen mehr als 12 Wochen; später Sekundärerscheinungen. Die Behandlung bestand im Auflegen einer Merkurialsalbe auf das Geschwür. Hydrarg. jodat. 0,01, 3—4—5 mal täglich; später Jodkalium 0,6, 3 mal täglich.

H. Einhorn - München.

Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Conjunctiva, von RICHARD HITSCHMANN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 52.) Auf die Bindehaut beschränkte primäre Sklerosen sind wenig beobachtet. Einem Arzt wurde infektiöses Sekret beim Touchieren des Halses eines Luetischen durch einen Hustenstofs ins Auge geschleudert. Einer Pflegerin stiefs ein luetisches Kind mit dem Finger ins Auge. Häufig hat das volkstümliche Auslecken des Auges zu Sklerosen geführt. Benützung eines infizierten Handtuches scheint die Veranlassung für die Primärsklerose in dem vom Verfasser mitgeteilten Falle gewesen zu sein. Es bestand im innern oberen Teile des Konjunktivalsackes auf der Conjunctiva bulbi und der korrespondierenden Stelle der Conjunctiva tarsi ein mifsfarbig, grau belegtes Geschwür. Der Rand am Tarsalgeschwür war härtlich; die Härte erstreckte sich nach dem Augenhöhlenrand zu. Schmerzhaftigkeit gering, Drüsen vor dem rechten Ohr und am Unterkiefer stark vergrößert. Jodoform, 1%ige gelbe Präcipitatsalbe wurden ordiniert; Besserung, aber nicht Heilung des Geschwüres. Sechs Wochen später Exanthem, Condylome. Schmierkur, Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Pathologische und klinische Wichtigkeit der Verengerung des Harnröhreneingangs. Anzeigen zu dessen Durchtrennung und neue Operationsinstrumente, von BARRUCCO. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Nach der

Ansicht des Verfassers muß man unter die Ursachen der sexuellen Neurasthenie neben anderen Momenten (Urethritis, Strikturen, Hypertrophie der Prostata, Überempfindlichkeit der Harnröhre) auch die Verengung des Harnröhreneingangs rechnen.

In gewissen Fällen bestehe dieselbe neben anderen Mißbildungen im Harn-Geschlechts-Apparat, dann muß man diese beseitigen. Weiter ist es angezeigt, die Spaltung vorzunehmen, wenn dicke Sonden eingeführt werden sollen.

Für das operative Vorgehen seien 3 Punkte zu beachten: 1. ist darauf zu sehen, daß der Einschnitt genau in der unteren Mittellinie angelegt werde; 2. ist die Tiefe des beabsichtigten Schnittes zu bestimmen; 3. sollen die blutigen Flächen an ihrer Vereinigung gehindert, also das neue Kaliber der Eingangsöffnung nach der Operation aufrecht erhalten werden. Hierzu dient besonders eine konische Kanüle mit Längsrinne und äußerer Skala. Die Rinne dient zur genauen Messerführung, die Skala zeigt den je nach den Verhältnissen beliebigen Umfang an, der erreicht und durch Sondierung aufrecht erhalten werden soll. Für letzteren Zweck ist eine 15 mm lange Gummiröhre bestimmt, welche durch 4 Fäden außen fixiert wird und einige Zeit liegen bleibt. Sie wird gut ertragen. Um die Tiefe des Schnittes zu regeln, hat der Verfasser einen Apparat ersonnen, welcher im wesentlichen aus 2 Kegeln besteht, welche die schneidende Klinge führen.

Kokainbenutzung ist ratsam.

In 6 Fällen von neurasthenischen Störungen ist durch die Spaltung des Harnröhreneinganges eine wesentliche Besserung erzielt worden. *Neuhaus-München.*

Angeborener Verschluss der Harnröhre. Bericht über eine Operation, von CHARLES W. ALLEN-New York. (*Med. Record.* 6. Juni 1896.) Nach vergeblichen Versuchen, nach Spaltung der Haut an der Spitze des Penis eine Urethra zu entdecken, wurde die Blase, wie bei einer Steinoperation, durch Sectio perinealis eröffnet. Von der Dammwunde aus wurde eine Sonde in die Harnröhre gebracht und vom proximalen nach dem distalen Ende durchgestoßen. Es zeigte sich, daß der Kanal der Harnröhre nur bis zur Mitte der Pars pendula gebildet war. Das Kind starb später, wie die Sektion ergab, an Hydronephrose und Urämie. Wahrscheinlich war es in der letzten Zeit versäumt worden, wie von ALLEN vorgeschrieben war, regelmäßige Sondierungen des neugebildeten Weges vorzunehmen. *J. Appel-Altona.*

Angeborene Verengung der Harnröhre, von GUIBÉ. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 2.) Bei einem männlichen Kinde, das 16 Stunden nach der Geburt an Asphyxie zu Grunde ging, fanden sich bei der Sektion die beiden Nieren in ihren Kelchen bedeutend ausgedehnt, das Parenchym atrophisch und cystisch entartet, ferner in Bezug auf Blase und Harnröhre folgender Befund: die sehr ausgedehnte Pars prostatica der Harnröhre scheint mit der Blase eine einzige Tasche zu bilden, nur an der sonstigen Vereinigungsstelle findet sich noch eine leichte Einschnürung. 3 cm vom Blasenhalss entfernt geht die Pars prostatica in einen Blindsack über, dessen Endigung nicht genau festzustellen ist. Betrachtet man ihn als den Bulbus urethrae, so scheint sich die Vereinigung der beiden Harnröhrenabschnitte etwa im Niveau des Scheitels der Prostata zu vollziehen. Etwas unterhalb der Öffnung des Utriculus prostaticus findet sich nämlich eine Öffnung zur Verbindung mit der vorderen Harnröhre in der Form eines kleinen Schlitzes, der nur eine Stecknadel durchdringen läßt. Die Pars anterior urethrae bot nichts besonderes dar, eine Rinnen-sonde dringt bis zur dicksten Stelle des Veru montanum. *Neuhaus-München.*

Farbentabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernabungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europphen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata,
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europphen, Acid. borie.
pulv. a. p. aequ.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

Liquor adhaesivus Dr. Schiff „Filmogen“.

Ein neues, nach Angabe von Dr. Schiff, Docent für Hautkrankheiten an der k. k. Wiener Universität, dargestelltes Vehikel, zur Aufnahme aller in der Dermatotherapie angewendeten Arzneistoffe und deren bequemen und eleganten Application auf die Haut.

Vielfache, an den verschiedenen Wiener Kliniken damit angestellte Versuche fielen sehr befriedigend aus und haben sich hierüber auch die Herren Professoren Kaposi, Lassar und Dr. Unna gelegentlich des diesjährigen internationalen Dermatologen-Congresses in London sehr anerkennend ausgesprochen.

„FILMOGEN“

sowie Lösungen von Salicylsäure, Ichthyol, Resorcin, Chrysarobin, Pyrogallol, Cocain, Theer etc. etc. zu 5 oder 10%, werden als „Salicylfilmogen“ — „Ichthyolfilmogen“ — „Resorcinfilmogen“ etc. dargestellt in der

Apotheke „zum König von Ungarn“

des

Carl Brady in Wien 1/I Fleischmarkt 1.

Haupt-Depôt für Deutschland: Apoth. G. Henke, Berlin W., Charlottenstr. 54.

Tannoform

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form von Streupulver, 10%iger Seife und 10%iger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmkatarrhen** in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich liefert

E. Merck

Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Ein Naturschatz von Weltruf.

Von der ärztlichen Welt mit Vorliebe und
in mehr als 1000 Gutachten empfohlen.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi János

Das mildeste, angenehmste,
zuverlässigste.

„Das Hunyadi János Wasser hat in
Folge seiner stets gleichmässigen Zu-
sammensetzung die verlässlichste Wirkung
und verdient daher besondere Beachtung
in der ärztlichen Praxis.“

Prof. Dr. Árpád Bókai, Budapest,
Professor der Pharmakologie an der k. Universität.

Käuflich in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.

Vasogen



emulgirende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind Lösungsmittel für verschiedene Medicamente, wie Jodoform, Jod etc. Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äußerlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (durch Harn-Analysen erwiesen) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 $\frac{1}{2}$ u. 3 $\frac{0}{0}$	Jod 3, 6 u. 10 $\frac{0}{0}$	Kreosot 5, 20 u. 33 $\frac{1}{3}$ $\frac{0}{0}$
Guajacol 20 $\frac{0}{0}$	Ichthyol 10 $\frac{0}{0}$	Creolin 15 u. 5 $\frac{0}{0}$
Eucalyptol 20 $\frac{0}{0}$	Salicyl 2 $\frac{0}{0}$	Menthol 25 u. 2 $\frac{0}{0}$ etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgirende und die meisten Medicamente

lösende oder in feinsten Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die überaus leicht von der Haut resorbirbaren 33 $\frac{1}{3}$ und 50% Hg.-Vasogensalben sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Ein Beweis, dass unser Aïrol auch bei Ohrenerkrankungen mit den besten Erfolgen angewendet wurde, geht aus dem uns seitens des Herrn Dr. Adalbert von Hebertanz, v. d. Univ. v. Wien, in Caire gütigst übermachten Berichte hervor: „Ihr mir probeweise zugesandtes

≡ „Aïrol“ ≡

habe ich dankend erhalten und habe ich dasselbe bei zahlreichen Ohren-erkrankungen, hauptsächlich bei acuten und chronischen Mittelohreiterungen in Verwendung gezogen, theils ungemengt, theils gemengt mit Borsäure, selbstverständlich in Pulverform. —

Das Aïrol hat sich mir in meiner Ohrenpraxis als ein ausgezeichnetes, anti-septisches, aufsaugendes und austrocknendes Mittel erwiesen und hat die Eigenschaft, dass es absolut nicht reizt.

Litteratur, sowie Gratismuster stellen wir den Herren Aerzten gern zur Verfügung.

F. Hoffmann - La Roche & Cie.
Fabr. chem.-pharm. Producte
Basel (Schweiz).

Sämmtliche Verbandstoff-Fabriken stellen Aïrolgaze her.

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34. — Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —

Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller Separatabzüge, Dissertationen, Monographien u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, ergehenst ersucht. Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — außer an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzler in Bremen, Kaiser Wilhelm-Platz 1, eingesandt werden.



als Heilquelle seit Hunderten von Jahren bewährt in allen Krankheiten der **Athmungs- und Verdauungsorgane**, bei Gicht, Magen- und Blasenkatarrh. Vorzüglich für Kinder, Reconvalescenten und während der Gravidität.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.

FRANZENSBAD. Wien. BUDAPEST.

Mattoni's Kurort Giesshübl Sauerbrunn
bei KARLSBAD in Böhmen.

Trink-, Kur- und Wasser-Heilanstalt.

Pneumatische und Inhalations-Kuren.

Für Nerven- und Brustkranke, Reconvalescenten,
Katarrhe, Rheumatismus etc.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Über Sklerodaktylie. Von FERDINAND SCHUBIGER. (Mit Tafel IX.) S. 397. — Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen. Von V. MIBELLI. (Schluß.) S. 415.

Versammlungen. Berliner Dermatologische Gesellschaft. S. 434. — Londoner dermatologische Gesellschaft. S. 438. — Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau. S. 439. — Amerikanische dermatologische Gesellschaft. S. 441.

Fachzeitschriften. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 38, Heft 2. S. 443.

Verschiedenes. 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte. Braunschweig, 20.—25. September 1897. S. 448.

Airol in der dermatologischen Praxis 447.
Dermatitis herpetiformis 438.
— — in Beziehung zu Erythema multiforme und Pemphigus 442.
— venenata 441.
Dermatosen bei Glykosurie 442.
Eccema marginatum (Hebra), Histologische Studien über das 446.
Ekzem und Psoriasis, Einfluß der Nahrung und des Alkohols auf Entstehung und Verlauf von 441.
Entwicklung eines sechsjährigen Mädchens, Vorschneidephysiologie 439.
Epitheliom 437.
Epithelzellen, Zur Pathologie des Protoplasmas der 444.
Erythema aestivale 435.
— multiforme bullosum 438.
Fall zur Diagnose 434.
Favusähnlicher Ausschlag der Mundschleimhaut, verursacht durch Aspergillus nigriscens 441.
Fibrome, Weiche 437.
Gonococcus, Praktische Bedeutung des 447.
Gummöse Prozesse 437.
Haarfärbung, Anomalie der 437.
Hantaktinomykose, mit großen Jodkaliumdosen behandelt 443.
Hautgangrän, Multiple 446.
Hypomykosen, Zur Pathologie der 445.
Impetigo contagiosa universalis 443.
— — vegetans 444.

Influenza, Recidivierender desquamativer Hautausschlag im Anschluß an 438.
Keratosen, Ätiologie und Varietäten der 415.
Klassifikation der Hautkrankheiten, Pathologische und klinische 442.
Lichen planus, Typischer chronischer, mit ungewöhnlicher Verteilung der Läsionen innerhalb des Mundes 438.
— ruber 437.
Lupus der Beine 438.
Mykosis fungoides und Sarkomatosis cutis 441.
Pikrinsäure, Behandlung von Verbrennungen mittelst 440.
Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart 447.
Rosacea, Hypertrophische (Pachydermatosis) Knotenlepra gleichend, mit Thyroidextrakt geheilt 442.
Scrofulodermia und Lupus 438.
Seborrhoische Dermatitis 438.
Sklerodaktylie 397.
Stein in der Urethra eines Mädchens 439.
Sykosis 438.
Syphilis im Mittelalter, Angebliche 447.
— Zur Kasuistik der Spätform d. hereditären 440.
Urticaria haemorrhagica 436.
Verhornung 435.
Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Braunschweig 448.
Xanthoma diabeticorum 442.
Zungenaffektionen, Diagnostik der 437.

Autoren-Register.

(* bedeutet Original-Artikel).

Alezjew 440.
Allen 442. 443.
Benda 435.
Bowen 441.
Bruck 434.
Dent 438.
Duhring 442. 442.
Dyer 442.

Fox 438.
Gerson 434.
Hammer 447.
Herzheimer 444.
Hintner 446.
Kozerski 443.
Löblowitz 447.
Mayer 437.

*Mibelli 415.
Michailow 439.
Morris 438.
Payne 438.
Pringle 438. 438.
Robinson 442.
Schreiber 437.
*Schubiger 397.

Spiegler 446.
Syla-Novitsky 440.
Tannhauser 436.
Waelsch 445.
White 441. 441.
Winfield 441.
Wladimirov 439.

**Ausschliessliche Inseraten-Annahme durch
Annoncen - Bureau Karl Wipplinger,
Berlin SW., Dessauerstr. 39/40.**

Buchhändler-Inserate werden direkt an die Verlags-
buchhandlung Leopold Voss erbeten.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata,
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europen, Acid. boric.
pulv. a. p. aequ.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

Staatsmedaille f. gewerbl. Leistungen 1896.

Benno Jaffé & Darmstädter, **Lanolin-Fabrik, Martinikenfelde b. Berlin.**

Lanolinum puriss. Liebreich.

Lanolinum puriss. Liebreich anhydricum
in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

Neuheit! **Adeps lanae puriss. BJD cum aqua, weiss.**
Adeps lanae puriss. BJD anhydricus, hellgelb.

Adeps lanae BJD cum aqua.

Adeps lanae BJD anhydricus

fettsäurefrei, **manganfrei**, frei von jeder Klebrigkeit.

Sämmtliche Qualitäten werden

absolut geruchfrei!

geliefert und entsprechen selbst den hochgespanntesten Anforderungen.

Lanolin-Cold-Cream zur Massage

Marke „**Pfeilring**“.

Lanolin-Toilette-Cream-Lanolin

Marke „**Pfeilring**“ in Dosen und Tuben.

Tannoform

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form von Streupulver, 10%iger Seife und 10%iger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmkatarrhen** in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich liefert

E. Merck

Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Jod-Soolbad BAD HALL

Ober-Oesterreich.

Stärkste Jod-Sooles des Continentes. Glänzende Heilerfolge bei allen scrophulösen Erkrankungen, sowie bei allen geheimen Krankheiten und deren Folgen. Vorzügliche Cureinrichtungen (Bäder u. Trinkcur, Einpackungen, Inhalationen, Massage, Kefyr). Sehr günstige klimatische Verhältnisse; Bahnstation, Reiseroute über Linz an der Donau (Kremsthalbahn) oder über Steyr (Steyrthalbahn).

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospekte in mehreren Sprachen durch die
Curverwaltung in **BAD HALL.**

J O D O L

D. R.-P. 35130.

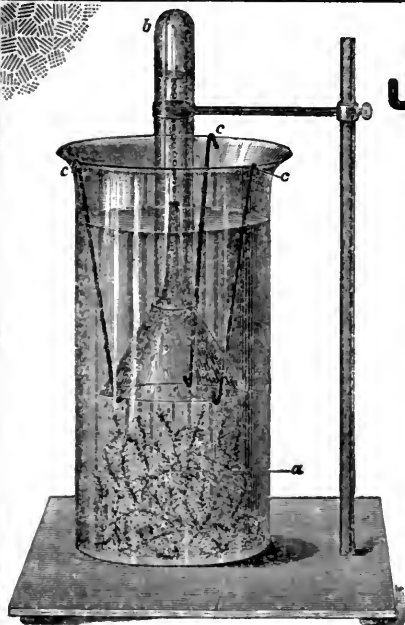
Bester Jodoformersatz — geruchlos und nicht giftig. Mit Erfolg angewandt gegen syphilitische Erkrankungen aller Art und empfohlen durch erste Autoritäten.

Alleinige Fabrikanten

Kalle & Co., Biebrich a/Rh.

Zu beziehen

in Originalverpackung durch alle Drogueenhäuser und Apotheken.



Probe-Illustration in Holzschnitt.

Julius Klinkhardt LEIPZIG

Graphisches Institut
vormals

J. G. BACH, Lithographische Kunstanstalt
empfiehlt sich zur

Reproduktion wissenschaftlicher Tafeln
in Lichtdruck und Steindruck
und zur

Herstellung textlicher Abbildungen
in Holzschnitt,
Autotypie oder Zinkätzung jeder Art.

Altbewährte Hilfskräfte.

Ateliers mit umfassenden Einrichtungen zur Befriedigung der weitgehendsten Ansprüche.

Unguentum Caseini

D. R.-P.

Sterilisierte, wasserlösliche Fettsalbengrundlage für **trocknende Salben**, empfohlen von Herrn Dr. P. G. Unna in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XX, No. 6, als **Basis von Zink-, Zink-Schwefelsalben** gegen Gesichtseczeme, Rosacea, Acne, von **Theer- und Ichthyol-salben** gegen juckende Dermatosen, von **Perubalsamsalben** gegen Scabies, ferner als **reizloses Deckmittel** bei diversen Hautkrankheiten.

— Proben gratis und franco. —

—
Aromatische

Kali chloricum-Zahnpasta

(jetzt ungefärbt)

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis

in Tuben à Mk. 1.—.

—
Guttaperchapflastermulle — Salbenmulle

Überfettete Seifen — Zinkleim

Suspensorien — Comedonenquetscher

Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika

bei Lehn & Fink, New York.

(Aus der medizinischen Klinik der Universität Zürich.)

Über Sklerodaktylie.

Von

FERDINAND SCHUBIGER,
med. pract. von Solothurn.

(Mit Tafel IX.)

I.

Die Sklerodaktylie und die Sklerodermie, von der jene nur eine besondere Form darstellt, gehören zu jenen Krankheiten, die, erst in jüngerer Zeit in die medizinische Wissenschaft aufgenommen, seither in steigendem Maße das Interesse der Ärzte auf sich gezogen und in der Litteratur viele ältere Schwestern überflügelt haben. Seit THIRIAL¹ im Jahre 1845 zum ersten Male das „Sclerema adultorum“ im Gegensatz zu dem schon lange bekannten Sclerema neonatorum beschrieb, und GINTRAC² im Jahre 1847 dafür den Namen Sklerodermie einführte, hat sich die Zahl der Arbeiten über dieses neu erschlossene Gebiet von Jahr zu Jahr vermehrt. In mehr als zwanzig Dissertationen und in zahlreichen Vereinsberichten wurde das kasuistische Material zusammengetragen, so daß in den letzten Jahren mehrere Autoren größere Monographien über den Gegenstand veröffentlichen konnten. Die Krankheit hat sich so rasch einen bedeutenden Platz in der Fachlitteratur erworben, weil sie einmal ein großes wissenschaftliches Interesse darbietet, zugleich aber auch der Forschung große Schwierigkeiten entgegenstellt und deshalb zu lebhaften Kontroversen geführt hat. In der That, nachdem die Symptomatologie der Sklerodermie heute ziemlich genau bekannt ist, sind wir in der Erkenntnis der Pathogenese nicht viel weiter als vor fünfzig Jahren, und neben den Autoren, welche darüber streiten, ob die Ursache der Affektion

¹ *Journal de médecine de Trousseau*. 1895.

² *Journal de méd. de Bordeaux*. 1897.

organische Veränderungen oder nur funktionelle Störungen sind, stehen diejenigen, welche die Sklerodermie überhaupt nicht als Krankheit sui generis anerkennen, sondern der Lepra zurechnen. (ZAMBACO³, LARDEUX⁴.)

Die Sklerodaktylie, diejenige Form der Sklerodermie, welche die Finger und Hände, viel seltener die Zehen ergreift, ist als besondere Form beschrieben worden, zuerst von BALL⁵, und sie verdient diese Sonderstellung vollauf; nicht nur zeigt hier die Haut die ausgesprochensten Veränderungen, die bis zur Nekrose und Gangrän führen können, sondern wir finden hier auch stärkeres Befallensein der tieferen Gewebe, Muskeln und Knochen, dementsprechend bedeutendere Funktionsstörungen und die schlechteste Prognose unter allen Sklerodermiefällen.

Die Sklerodaktylie ist bisher in etwa 40 Fällen beschrieben worden, wozu eine grössere Anzahl solcher Fälle kommen, wo ausser den typischen Stellen noch andere Körperregionen ergriffen waren. Auf der Züricher medizinischen Klinik sind in den letzten Jahren drei Fälle beobachtet worden; dieselben wurden mir gütigst zur Veröffentlichung übergeben durch Herrn Professor EICHHORST, dem ich hier meinen besten Dank ausspreche für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Überlassung des klinischen Materials; zugleich danke ich den Herren Dr. KAUFMANN, Dr. KREIS und besonders Dr. HEUSS in Zürich für die Freundlichkeit, mit der sie mir bei der Bearbeitung des Stoffes an die Hand gingen.

II.

Krankengeschichten.

1. Elise B., 49 Jahre alt, kam im Sommer 1888 zur klinischen Beobachtung.

Anamnese: Die Eltern der Patientin starben an Altersschwäche. Von fünf Geschwistern sind vier gesund, ein Bruder starb an Phthise. Die Patientin weiß nichts von einer der ihrigen ähnlichen Erkrankung in der Familie. Sie selbst war in ihrer Jugend von häufigen Krankheiten befallen: „Gehirnentzündung“, Typhus, Morbillen, Pertussis. Schon im zwölften Jahre setzten die Menses ein und wiederholten sich fortan in regelmäßigen Intervallen. Ende der siebziger Jahre folgte ein Genitalkatarrh; die Untersuchung ergab Knickung des Uterus. Seit ein paar Jahren leidet sie öfter an Brustkatarrh, ebenso an Diarrhöen, die mit Obstipation abwechseln. — Das jetzige Leiden leitet die Patientin her von einer Kaltwasserbehandlung, der sie sich vor etwa zehn Jahren unterzog. Danach trat eine symmetrische Entzündung der Fingernägel auf, die einer langen Behandlung mit Trinkkuren und Bädern widerstand. Nach ein paar Jahren folgte eine bedeutendere Entzündung (Panaritium) des linken Zeigefingers, die zur Exartikulation zwischen hinterer und mittlerer Phalanx führte. Während die Operationswunde rasch heilte, brachen an allen übrigen Fingern die Weichteile der Nagelglieder auf, die Nägel fielen aus. Spontanheilung trat ein, aber das Leiden wiederholte sich mehrere Male, und unterdessen bildete sich an den Fingern der gegenwärtige Zustand aus, der das Aufsuchen des Spitalbesuches veranlasste.

³ *Annales de dermatol. et syphyl.* 1893.

⁴ *Thèse de Paris.* 1896.

⁵ *Gazette médicale de Paris.* 1872.

Status vom 9. Juli 1888. Die Untersuchung der Patientin ergibt mit Ausnahme der Veränderungen ihrer Hände ganz normale Verhältnisse. Der Ernährungszustand ist ein mäßig guter; Puls 68, regelmässig; kein Fieber; an den Brust- und Bauchorganen ist nichts Abnormes zu finden, ausser einer leichten Schmerzhaftigkeit und Dämpfung in der Ileocoecalgegend. Die Beschwerden der Patientin sind Schlaflosigkeit, starke Schweisssekretion, grosses Schwächegefühl.

Lokalstatus: Während die Arme der Patientin sich ganz normal verhalten, zeigt sich an beiden Händen folgende Veränderung: die Farbe derselben ist normal, dagegen fühlt sich die ganze Haut kalt an; die Haut ist an den Fingern bretthart und auf ihrer Unterlage nicht verschieblich. Am linken Zeigefinger fehlen zwei Phalangen; die übrigen Finger sind sämtlich im vordersten Gelenk stark flektiert; die Interphalangealgelenke, sowie die Nagelphalangen sind leicht verdickt. — Die aktiven Bewegungen der Finger sind alle etwas beschränkt, die passiven sind in normaler Ausdehnung möglich, jedoch mit Überwindung eines deutlichen Widerstandes. — Die Sensibilität der Haut ist in allen ihren Qualitäten erhalten; in den Nagelgliedern werden oft heftige Schmerzen empfunden. — Das Handgelenk ist in seiner Bewegung ganz frei. — An den unteren Extremitäten finden sich keinerlei Veränderungen.

Während des nur wenige Tage dauernden Spitalaufenthaltes änderte sich das Bild insofern, als vorübergehend starke Cyanose und Unempfindlichkeit der Finger konstatiert wurde. — Die Patientin wurde mit warmen Umschlägen behandelt und verliess am 13. Juli das Spital mit etwas gemilderten Beschwerden. Seither konnte nichts mehr von ihr in Erfahrung gebracht werden.

Epikrise: Es handelt sich um einen Fall von reiner Sklerodaktylie ohne Mitbeteiligung anderer Körperregionen. Als Ursache der Erkrankung wird eine Kaltwasserkur beschuldigt, in Übereinstimmung mit der That-sache, dass Kälteeinwirkung unzweifelhaft sehr oft die Veranlassung zur beginnenden Hautveränderung giebt. Arbeiten im Freien im Winter, feuchte kalte Wohnungen figurieren häufig in den Krankenberichten; in mehreren Fällen ist der Zusammenhang sehr auffallend. Schon HENCKE⁶ berichtete über einen Fall, wo ein Mädchen mehrere Stunden im nassen Grase schlief und sofort darauf Steifigkeit und Verhärtung der Finger bemerkte, die nicht wieder verschwanden.

Ein anderes oft genanntes ätiologisches Moment, frühere Infektionskrankheiten, fehlt in unserer Anamnese nicht. Allein als bedeutsam dürfen wohl weder der erwähnte Typhus, noch die Masern betrachtet werden, weil sie zeitlich zu sehr vom Ausbruche der Hautaffektion getrennt sind, und weil sie ferner Allgemeininfektionen sind; wichtiger scheint Erysipel zu sein, das so oft in den Berichten erwähnt wird, dass, darauf gestützt, mehrere Autoren der Sklerodermie einen entzündlichen Charakter zusprechen.

Die Prodrome unseres Falles sind charakteristische: Entzündung und Ausfall der Nägel, Aufbrechen der Haut; häufiger allerdings als solche

⁶ Handbuch zur Erkennung u. Heilung d. Krankh. 1809.

„trophische“ Störungen leiten sensible Erscheinungen, Schmerzen, Parästhesien die Affektion ein.

Im Status praesens zeigt sich unser Fall als typische Sklerodaktylie, wo die Haut sich im zweiten Stadium, dem der Induration, befindet. Weder ein Ödem (I. Stadium) noch eine Atrophie (III. Stadium) der Haut ist zu bemerken; diese ist vielmehr bretthart, unverschieblich, kalt anzufühlen, umzieht wie eine Narbe den Finger und erklärt den Namen „cicatrissierendes Hautsklerem“ von WERNICKE⁷. Die gewöhnlichen Folgeerscheinungen haben sich auch schon eingestellt: forcierte Flexionsstellung der Finger und aktive wie passive Bewegungsstörungen. Beide sind bei der Sklerodaktylie rein mechanisch bedingt durch die Spannung der Haut und nicht auf nervöse Reize oder Lähmungen zurückzuführen. In selteneren Fällen liegt ihre Ursache allerdings in Muskelveränderungen, die denen der Haut analog sind; so sah THIEBERGE⁸ die Muskeln des Armes verkürzt und in sklerotische Stränge verwandelt, keiner Kontraktion mehr fähig, und BALL⁹ konnte die Deformität der Finger durch Tenotomien heben. — Die Sensibilität ist in unserem Falle ganz normal; dies ist das gewöhnliche und sehr charakteristische Verhalten bei der Sklerodermie, die noch nicht zur Atrophie der Haut geführt hat, und dient zur Unterscheidung von der oft sehr ähnlichen *Lepra anaesthetica*. — Der Verlauf ist bei unserer Patientin ein sehr langsamer; vor 15 Jahren die ersten Symptome, und noch fehlen Atrophie der Haut oder Beteiligung der Muskeln und Knochen. Aus der kurzen Spitalbehandlung ist noch das Auftreten von Cyanose und vorübergehender Empfindungslosigkeit zu erwähnen: diese Angiospasmen sind von mehreren Autoren beschrieben worden und bilden den Grund dafür, daß die Sklerodermie in Beziehung gebracht wurde zu der Affektion, deren Hauptsymptome sie darstellen: der RAYNAUDschen Krankheit. Besonders im Anfang der Erscheinungen sieht man öfters solche Angiospasmen, — darauf gestützt hat in letzter Zeit CHAUFFARD¹⁰ die Ansicht geäußert, daß es nur eine Krankheit sei, welche mit derartigen Symptomen einsetze; daß diese aber im weiteren Verlauf entweder zu symmetrischer Gangrän führe: RAYNAUDsche Krankheit, oder zur Verdickung und Atrophie der Haut: Sklerodermie.

2. Anna S., 29 Jahre alt, kam im Winter 1891 zur Beobachtung.

Die Patientin stammt aus einer Familie, in der nie eine ähnliche Affektion vorkam; ihre Eltern starben in hohem Alter; fünf Geschwister sind gesund; drei sind an unbekannter Krankheit gestorben. — Die Patientin machte in ihrer Jugend Masern und Scharlach durch; mit 30 Jahren Lungen- und Brustfellentzündung; 1882 befel sie ein akuter Gelenkrheumatismus, der die Mehrzahl der großen Gelenke

⁷ Dissertation von Jena. 1864.

⁸ Jahresberichte VIRCHOW-HIRSCH. 1890.

⁹ Loc. cit.

¹⁰ *Verhandl. der Soc. médic. des hôpit.* Juni 1895.

ergriff, auf Salicylbehandlung rasch zurückging, aber 1890 recidierte. — An ihren Fingern hatte die Kranke vor ca. 20 Jahren einen juckenden, bläschenbildenden Ausschlag. — Die jetzige Affektion datiert sie von ihrer Gelenkentzündung her; zwar war schon viele Jahre vorher, seit ihrer Lungenentzündung, die Haut sehr empfindlich, so daß auf die leichteste Veranlassung Verletzungen eintraten, die jedesmal sehr langsam heilten. Aber erst vor neun Jahren wurde bemerkt, daß an beiden Händen, mehr an der rechten, die Haut gespannt wurde und Steifigkeit der Finger sich einstellte; im Vorderarm traten öfters Schmerzen auf; in der Kälte schwellen die Hände stark an, in der Wärme prompt wieder ab. Öfters traten an den Fingergelenken vorübergehend starke Schwellungen auf; auf Druck sprang dann die Haut auf, und es entleerte sich ein Tropfen heller Flüssigkeit. — Langsam stellten sich nun auch die bleibenden Hautveränderungen und die abnormen Stellungen der Finger ein; da im Winter 1891 in den Händen starke Schmerzen auftraten, so daß sich die Kranke gar nicht ins Freie hinauswagte, suchte sie ärztliche Behandlung auf.

Status vom 8. Dezember 1891. — Die Patientin klagt über Schmerzen, die, von den Händen ausgehend, in die Arme ausstrahlen und besonders bei Witterungswechsel, sowie bei großer Kälte auftreten. Sie zeigt einen guten Ernährungszustand; kein Fieber; Puls 72. Am Halse eine ziemlich erhebliche median gelegene Struma mit einer pflaumengroßen Cyste. Die Wirbelsäule und die Rippenbogen sind deutlich skoliotisch deformiert. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle verhalten sich normal. An der Haut des Rumpfes keine Veränderungen.

Lokalstatus: Das Gesicht der Patientin (siehe Abbildung I) hat einen starren Ausdruck, der bedingt ist durch die Veränderung der gesamten Gesichtshaut. Diese fühlt sich wie eingetrocknet an, ferner verdickt und dem unterliegenden Knochen dicht anliegend, über demselben jedoch überall noch etwas verschiebbar. Über den Wangen einige Gefäßsektasen; die abnorme Hautbeschaffenheit hat zur Folge, daß die mimischen Bewegungen etwas beschränkt sind; insbesondere kann die Stirne nicht gefaltet werden; die Sensibilität ist überall normal.

Außer dem Gesicht sind beide Hände ergriffen; die rechte zeigt die ausgesprochensten Veränderungen; die Haut ist hier wie lakiert, über den Fingern vom Knochen nicht abhebbar, bretthart; auf dem Dorsum manus läßt sie sich noch in leichte Falten legen; in der Vola ist sie nur etwas derber als normal. Über allen Fingern kleine Narben in großer Zahl zerstreut. Die Hand ist etwas cyanotisch, besonders in der Kälte. — Stellung der Finger: der Daumen ist gestreckt, die anderen Finger sind flektiert, am stärksten der vierte. Die aktiven und passiven Bewegungen der Finger sind erheblich beschränkt, insbesondere sind die vordersten Gelenke ganz ankylotisch. — Die Nagelglieder aller Finger sind kolbenartig aufgetrieben und verkürzt; die Nägel selbst sind teilweise abgebröckelt oder mit querrer Furchung versehen. Die Messung ergibt, daß der erste, zweite und dritte Finger im Verhältnis zur Norm verkürzt sind. Die Muskulatur der Hand und des Vorderarmes ist deutlich atrophisch; die Hautsensibilität ist zwar erhalten, jedoch gegenüber der linken Hand deutlich vermindert. — Die linke Hand zeigt dieselben Veränderungen wie die rechte, nur in etwas geringerem Grade. Die Stellung der Finger ist aus dem Bilde II ersichtlich: die Bewegungen sind etwas freier als rechts; die Sensibilität ist ganz normal; das Verhalten der Hand selbst ist dem an der rechten Hand analog.

Die Beobachtung im Spital dauerte nur zwei Tage, nach denen die Patientin, durch die Untersuchung und klinische Vorstellung sehr aufgeregt, ihre Entlassung verlangte. — Seither ist nach den Berichten ihrer Schwester der Zustand fast vollkommen stationär geblieben, dagegen scheint die Kranke geistig etwas alteriert, zum mindesten sehr nervös zu sein; sie wagt kaum mehr das Haus zu verlassen seit ihrer im ganzen

doch nicht sehr auffälligen Affektion, aus Furcht, von den Leuten beachtet und verfolgt zu werden. Von ihrer Krankheit darf überhaupt nicht mit ihr gesprochen werden, soll sie nicht in eine Aufregung geraten, die oft tagelang dauert.

Epikrise. Die ersten Erscheinungen des Falles stellten sich nach der Angabe der Patientin im Anschluß an Pneumonie ein, nach der die Haut sehr empfindlich wurde, aufbrach und sehr langsam heilte: also trophische Störungen, die dann im Anschluß an eine weitere Infektion, Rheumatismus acutus, in Sklerodermie übergehen, indem in der Folge einer solchen Spannung der Haut, Steifigkeit der Finger, Schwellungen eintreten. Der zeitliche Zusammenhang von Rheumatismus und Sklerodermie ist auch von andern gesehen worden, von SCHAPER¹¹, VERNEUIL¹². Über einen Kausalnexus sprechen sich diese Autoren nicht aus; ein solcher wäre immerhin erklärlich; Polyarthritiden ist ja auch verwandt mit einer anderen Hautkrankheit, der Purpura rheumatica, die wie die Sklerodermie auf einer Alteration der Hautgefäße beruht.

Der Status praesens unseres Falles bedarf keiner Erläuterung; die Sklerose des Gesichtes hat in den starren Ausdruck geführt, den die Autoren als masken- und mumienartig beschrieben haben. Die Beteiligung der Hände ist auch hier wieder eine symmetrische und für Sklerodaktylie ganz charakteristische. Einzig die Sensibilität macht eine Ausnahme, indem sie, obwohl noch keine Atrophie der Haut besteht, doch an einer Hand deutlich herabgesetzt ist.

Bemerkenswert an dem Falle ist die starke Verkürzung der Finger, die auf Atrophie der Knochen beruht; ferner die Muskelatrophie am Arme; Muskelatrophien sind ziemlich häufig bei Sklerodermie: einmal schwinden oft die Muskeln unter der sklerosierten Haut durch den Druck der darüber angespannten Decke; dann sieht man häufig Inaktivitätsatrophie der betroffenen Glieder; es giebt aber auch eine primäre Atrophie, die Regionen betrifft, wo die Haut normal ist; BALL¹³ hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, und seither sind die Mitteilungen darüber zahlreich geworden; der hierher gehörende Fall von THIEBERGE ist schon erwähnt worden. Diese Mitbeteiligung tieferer Gewebe ist so bezeichnend für die Sklerodaktylie, daß z. B. BESNIER¹⁴ diese als eigene Krankheit neben die gewöhnliche Sklerodermie stellt, wo nur die Haut erkrankt.

Von Bedeutung ist ferner die Struma unserer Patientin. In Ländern, wo Strumen seltener vorkommen als in der Schweiz, hat der gleichzeitige Befund derselben mit Sklerodermie die Aufmerksamkeit seit langem auf

¹¹ Gesellschaft der Charité-Ärzte. 1895.

¹² *Gazette hebdomad.* 1863.

¹³ *Loc. cit.*

¹⁴ Anmerkungen i. d. französ. Ausgabe von KAPOSI *Lehrbuch d. Hautkrankh.*

sich gelenkt. EULENBURG¹⁵ zuerst und neuerdings besonders SINGER¹⁶ haben einen Kausalzusammenhang angenommen und stellen die Hautaffektion neben das Myxödem. Zum Beweise führen sie an: das Ödem, das bei beiden kein Stauungsödem ist, sondern sich durch seine Lokalisation und seine feste Konsistenz davon unterscheidet; dann die Parästhesien, das Kältegefühl, die Vermehrung des elektrischen Leitungswiderstandes, wobei interessant ist, daß bei der BASEDOWschen Krankheit, in vieler Beziehung dem Gegenstück des Myxödem, der Widerstand vermindert ist; — andererseits finden sich wieder auffallend oft BASEDOW und Sklerodermie vereint, so daß die Hypothese, es seien alle drei Affektionen Folge der Schilddrüsen-Veränderung, durch sehr viele Thatsachen gestützt wird. Bei uns ist der Kropf so häufig, daß ein einziger Fall von Zusammentreffen mit Sklerodermie eher gegen als für eine Verwandtschaft beider spricht. Ein wertvoller Beweis der SINGERSchen Theorie wäre der Erfolg einer Behandlung mit Thyreoidea; allein er ist bis jetzt ausgeblieben, und die neuere Litteratur bietet nur zwei Fälle von MARSH¹⁷ und STIEGLITZ¹⁸, die dabei geheilt wurden, dagegen viele andere, wo die Besserung ausblieb.

Noch eine Beobachtung an unserem Falle verdient hervorgehoben zu werden: die deutliche psychische Alteration der Patientin. Psychische und überhaupt nervöse Störungen haben von jeher die Ansichten über die Pathogenese der Sklerodermie geleitet; ein Grund dafür war ihre augenscheinliche Häufigkeit; LEWIN¹⁹, der die diesbezüglichen Angaben zusammengestellt, erwähnt in 30 Fällen Hysterie und allgemeine Nervosität oder berichtet von einer rein nervösen Veranlassung (Schreck, psychische Überanstrengung) zum Ausbruch der Symptome. Dazu kommen eine große Zahl Erscheinungen im Verlaufe der Affektion: in unserem Falle hochgradige Aufregtheit, Schlaflosigkeit; bei CARSTENS²⁰ profuse Schweißsekretion bei psychischen Affekten; bei BEER²¹ Ruminatio; bei HARLEY²² nervöse Magen- und Herzstörungen; ROSSOLINO²³ macht auf allgemeine Degenerationszeichen aufmerksam und meint, wie bei den Degenerierten das Nervensystem, so könne auch die Haut in ihrer Entwicklung gehemmt sein und könne so leichter zu Sklerosierung disponiert werden. TSCHERBACK²⁴ erwähnt starkes Kopfweg, Herzklopfen, intermittierende

¹⁵ *Dermatol. Zeitschrift*. 1894.

¹⁶ *Berliner Klin. Wochenschr.* 1895.

¹⁷ *Medic. News*. 1895.

¹⁸ *New York med. Journ.* 1895.

¹⁹ *Die Sklerodermie*. Berlin 1895.

²⁰ *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. 1893.

²¹ *Wiener med. Wochenschrift*. 1895.

²² *Brit. med. Journ.* 1877.

²³ *Russkaja Medicina*. 1891. Ref. in VIRCHOW-HIRSCH.

²⁴ Jahresberichte von VIRCHOW-HIRSCH. 1894.

Amaurose. EULENBURG²⁵ erinnert, daß die Sklerodermie, indem sie den elektrischen Leitungswiderstand vermehrt, sich in Gesellschaft anderer Nervenkrankheiten befindet: Hysterie, Paralyse und postepileptischer Zustand, Melancholie. Öfters wurde halbseitige Gesichtsatrophie gesehen und sehr häufig eine auffällige Verteilung der erkrankten Hautbezirke: entweder streng halbseitig oder aber dem Ausbreitungsgebiet einzelnen Hautnerven entsprechend. Alle diese Thatsachen stützen die lange Zeit einzig anerkannte Ansicht, daß die Sklerodermie eine rein trophische Störung sei, eine Ansicht, welche auch durch die in neuerer Zeit gewonnenen pathologisch-anatomischen Resultate nur zum Teil entkräftet ist.

3. Barbara Sch., 52 Jahre alt, gelangte zu wiederholten Malen zur Untersuchung.

Anamnese: Die Eltern der Patientin starben an Altersschwäche; drei Geschwister sind gesund; eine Schwester starb an Lungentuberkulose, ein Bruder ist aus unbekannter Ursache gelähmt. — Eine Hautkrankheit kam in der Familie nicht vor; der Vater litt dagegen an vasomotorischen Störungen: oft ohne Veranlassung, oft in psychischer Aufregung zeigte er starke Rötung des Gesichtes, des Halses, der Brust, und starkes subjektives Hitzegefühl, „so daß er zu verbrennen glaubte“. — Mit zehn Jahren hatte die Patientin Scharlach, dann längere Zeit Halsentzündungen; mit 18 Jahren traten die Menses auf, in normaler Weise. Mit 28 Jahren verheiratete sie sich und machte im Jahre darauf eine Zangengeburt durch. Seit 1890 ist sie nicht mehr menstruiert. — Das Leiden, das sie herführt, begann in jenem strengen Winter 1879/80, wo die Patientin viel in kaltem Wasser waschen mußte; danach trat an der rechten Hand eine Anschwellung und große Schmerzhaftigkeit, besonders in der Kälte auf; so konnte die Frau eine Thürklinke nur noch mit der Schürze anfassen. Die Finger waren blaß und es wurde darin Kriebeln verspürt. In der Wärme hörten die Schmerzen und die Blässe auf. Eine plötzliche Verschlimmerung trat ein, als sich die Kranke einmal bei sehr kaltem Wetter die Finger erfror; diese wurden nun nie mehr ganz normal, sondern langsam stellte sich eine deutliche Verhärtung der Haut und eine kolbige Auftreibung der Nagelphalanx ein, ferner begannen Verkrümmungen der Finger sich zu zeigen. Nachdem dieser Zustand sich durch ein paar Jahre stetig verschlimmert, traten auch am Gesicht analoge Veränderungen auf: zuerst Kriebeln, Schmerzen, Gefühl von Spannung und Steifigkeit, dann Verdickung der Haut. Im Jahre 1886 trat ein juckender, nässender Ausschlag an Gesicht und Händen auf, der in vier Wochen heilte. — Von ihren Leiden suchte die Patientin in Rheinfeldern und in Pfäfers umsonst Heilung; starke Schwellung am Fuß, welche das Gehen behindert, veranlaßt sie, das Spital aufzusuchen.

Status vom 12. Dezember 1889. — Der Allgemeinzustand ergibt normale Verhältnisse, sowohl was das Gesamtbefinden, als was das Verhalten der inneren Organe anbetrifft; die Klagen der Patientin sind Schmerzen in den afficierten Hautpartien, infolgedessen Gehstörung und Schlaflosigkeit.

Lokalstatus: Die Haut des Gesichtes ist trocken, glänzend, etwas gerötet und fühlt sich kühl an; sie läßt sich weder aktiv, noch passiv falten, bei Berührung fällt die lederartige Konsistenz und die Spannung auf, mit der sie über ihre Unterlage wegzieht. Infolge dieser Spannung können die Lider nicht umgeschlagen, kann der Mund nicht weit geöffnet werden; der Nasenrücken erscheint durch eine quer über ihn verlaufende stramme Hautpartie eingedrückt; dagegen ist die Haut

²⁵ *Neurol. Centralblatt*. 1892.

des ganzen Gesichtes auf der Unterlage noch etwas verschieblich. Die Mundschleimhaut ist normal, die Ohren dagegen sind sehr stark ergriffen; sie sehen wie ausgetrocknet aus, fühlen sich kalt an und ihre Haut sitzt fest dem Knorpel auf. Die Sensibilität des Gesichtes ist ganz normal. — Am Halse finden sich weder Struma, noch Halsdrüsen; die Haut ist normal, gleichwie am ganzen Rumpfe.

An den oberen Extremitäten, von denen die rechte etwas stärker befallen ist als die linke, beginnen die Veränderungen schon am Oberarm; auf dessen hinterer Seite findet sich ein Streifen verdickter Haut, der nach unten deutlicher und breiter wird, über das Olecranon wegzieht und, am Unterarm immer ausgeprägter werdend, bis zum Handgelenk geht. Am ganzen Vorderarm findet sich ferner eine diffuse braune Verfärbung, und darin eingelagert sieht man zahlreiche kleine rote Flecken, die auf Druck verschwinden; auch weisse Flecken liegen dazwischen, so daß die Haut ein gesprenkeltes Aussehen erhält. Mit Ausnahme einer kleinen Fläche am Olecranon ist die Haut überall auf der Unterlage verschiebbar. Auf dem Dorsum manus sind bräunlich pigmentierte Stellen, die Haut ist dort trocken, glänzend und dünn und läßt sich leicht verschieben. In der Vola manus finden sich keine Veränderungen. Die Bewegungen des Handgelenkes sind in allen Richtungen beschränkt. — Die Haut der Finger (vergl. Bild III) ist bretthart, umgibt eng anschließend die Knochen, fühlt sich ganz kalt an; die Farbe geht ins Blaurote. Die Nagelglieder sind kolbenartig verbreitert und verkürzt, die Nägel selber stark verdickt und quer gefurcht. Die Stellung der Finger ist aus dem Bilde ersichtlich; aktive Bewegungen werden nicht gemacht, passive sind in beschränktem Mafse möglich, aber schmerzhaft. Die Sensibilität ist an den Fingerkuppen stark und auf dem Dorsum manus noch deutlich herabgesetzt. Alle diese Veränderungen sind beidseitig, jedoch rechts im ganzen etwas deutlicher ausgesprochen als links.

Auch an den unteren Extremitäten sind die Veränderungen symmetrisch; sie beginnen an der Haut der vorderen Tibiakante, die glänzend und schwer verschiebbar ist; unter der linken Patella findet sich ein fünffrankenstückgroßer, pigmentierter Fleck; über dem rechten Malleolus internus eine schmerzhaft gerötete und geschwollene Stelle. An der Haut des Fusses und der Zehen sind keine Veränderungen zu erblicken, nur die Nägel sind auffallend dick. Bewegungen und Sensibilität der ganzen Extremität sind normal.

Vom Dezember 1889 bis Mai 1890 blieb die Patientin im Spital und wurde zuerst mit Bädern und Jodkalium, dann mit Salicyl behandelt, mit wenig Erfolg; nur die Haut über dem Handrücken schien weniger gespannt, und der Oberarm wurde wieder normal befunden. Der Zustand der Finger blieb derselbe.

Im November 1893 trat sie von neuem in das Spital. Die Untersuchung ergab, daß die Krankheit seit drei Jahren langsame Fortschritte gemacht hatte. Im Gesicht finden sich jetzt mehrere verschiebliche Partien; die Vola manus ist ins erkrankte Gebiet einbezogen, indem an ihren Rändern wenigstens die Haut fest auf der Unterlage aufsitzt. Ferner zeigen auch die Zehen eine Bedeckung mit dünner glänzender Haut, und über dem linken Calcaneus findet sich ein oberflächliches Ulcus, das der Patientin starke Beschwerden macht und Grund ihres Eintritts in die Anstalt ist. Das Geschwür wird mit Aqua plumbi behandelt und gebessert, und nach einer Woche wird die Kranke wieder entlassen.

Unfähig zu häuslichen Verrichtungen, hielt sie sich nun zwei Jahre in einem Asyl auf, wo wiederholt im Gesicht, an den Händen und weniger stark auch am Rumpfein bläschenförmiger Ausschlag ausbrach, der jeweilen nach etwa einem Monat wieder heilte.

Im April 1896 ergibt eine dritte Untersuchung folgenden Befund: die Patientin macht einen sehr leidenden Eindruck, Muskulatur und Fettpolster sind spärlich, der

Appetit ist recht befriedigend, Herz und Lunge arbeiten normal; die Kranke klagt über zunehmende Unbrauchbarkeit ihrer Finger, ferner über starke Schmerzen, die sich einstellen, sobald die Haut der Kälte ausgesetzt wird.

Die Gesichtshaut zeigt sich gegenüber dem früherem Befunde deutlich stärker afficiert; sie ist überall kühl anzufühlen und unbeweglich auf dem Nasenrücken, dem Kinn, dem Wangenbein; Mund und Lider werden nur mangelhaft geöffnet, der Finger kann nicht zwischen Oberkiefer und die gespannt darüber verlaufende Lippe eingeführt werden. Die mimischen Bewegungen sind fast ganz aufgehoben; die Ohren sind sehr stark ergriffen, der behaarte Kopf ist in seiner Peripherie normal, gegen das Centrum zu ist die Haut dagegen immer viel weniger und auf der Höhe des Scheitels gar nicht mehr verschieblich. Die Haare sind in Menge und Farbe dem Alter der Patientin entsprechend. — Am Hals und Rumpf ist die Haut ganz normal. — Die Extremitäten sind, kleine graduelle Unterschiede ausgenommen, beiderseits in gleicher Weise befallen; am Oberarm findet sich keine objektive Veränderung, dagegen wird eine deutliche Hyperästhesie konstatiert, indem schon beim leisen Kneifen der Haut ein heftiger Schmerz empfunden wird; Stechen mit der Nadel ist dagegen nicht abnorm schmerzhaft. — Die Bewegungen im Ellenbogengelenk sind normal. Am Vorderarm beschränken sich die Veränderungen auf die früher beschriebene Zone über der hinteren Fläche, wo jetzt die Haut der Kante der Ulna entlang adhärent ist; keine Sensibilitätsstörung, insbesondere keine Hyperästhesie am Vorderarm. Die früher konstatierte braune Verfärbung des Unterarmes, sowie die auf diesem zerstreuten weißen Flecke sind verschwunden, die roten Flecke dagegen bestehen noch, verschwinden auf Druck und werden bei der Wärme deutlicher. Die Bewegungen im Handgelenk sind alle stark beschränkt.

Auf dem Dorsum manus ist die Haut jetzt atrophisch, dünn, glänzend, trocken in feine Falten zu erheben. In der Vola ist sie verdickt und am Rande unverschieblich. Die Finger zeigten schon früher den höchsten Grad der Veränderung und bieten noch dasselbe Bild dar. Ihre Haut ist ganz atrophisch und unverschieblich; darauf zerstreut viele kleine Narben, von früheren Ulcerationen herrührend. Die Hautapparate, Drüsen und Haare sind geschwunden, daher ist die Haut ganz glatt und stets trocken. Die Finger sind sehr schwächig und die Nagelglieder sind kolbenartig verdickt. Die Nägel bieten denselben Anblick wie früher; die Sensibilität ist deutlich abgeschwächt auf den Endphalangen; bei Kälte treten in den Fingern starke Schmerzen auf, Parästhesien wie früher bestehen keine mehr. Dagegen springt die Haut immer noch gerne auf und die entstandenen Rhagaden heilen sehr langsam. — In der Stellung der Finger zeigt sich eine viel stärkere Deformation; die ersten drei Finger sind mälsig gebeugt, der vierte und fünfte dagegen in allen Gelenken stark flektiert und in die Hohlhand eingeschlagen. Aktive und passive Bewegungen derselben sind fast ganz unmöglich.

Am Oberschenkel keinerlei Veränderungen. Am Unterschenkel ist über den Malleolen die Haut adhärent, am Fusse wieder beweglich und ebenso an den Zehen; hier ist nur die untere Fläche des vordersten Gliedes verhärtet, verhornt, und geht vorne direkt in den abwärts gekrümmten Nagel über. Die Stellung der Füße und Zehen ist die normale und ihre Beweglichkeit ist frei. Am linken Knie bemerkt man noch die frühere Pigmentation. Über den Malleolen ist die adhärente Haut gerötet und schmerzhaft; unter dem linken Maleolus internus zeigt sich ein frankensteinstückgroßes Geschwür vom Aussehen eines gewöhnlichen Ulcus cruris. — Die Füße fühlen sich kalt an, obschon die Patientin im Bette liegt und über Hitzegefühl in denselben klagt; die Sensibilität ist mit Ausnahme der verhärteten Partien der Zehen überall erhalten. Keine Ödeme.

Epikrise. In unserem dritten Falle hat die Sklerodermie wie bei den beiden ersten eine Frau im mittleren Lebensalter befallen, und dieses Zusammentreffen ist kein zufälliges; nach LEWIN²⁶ betreffen 67% aller Fälle Frauen, und wenn auch Mittheilungen vorliegen, nach denen die Veränderungen in den ersten Lebenswochen oder erst im Greisenalter auftraten, so ist doch das mittlere Alter die gewöhnliche Zeit der Erkrankung.

Als Veranlassung zum Ausbruch der Affektion wird wiederum sehr präcis Erkältung angegeben, und diese wird auch für eine Exacerbation im Verlaufe mit Auftreten der schwereren Symptome: Verkrümmung der Finger u. s. w. verantwortlich gemacht. Aus der Familienanamnese sind erwähnenswert die vasomotorischen Störungen des Vaters, welche den im zweiten Falle erwähnten nervösen Symptomen bei Sklerodermie angereicht zu werden verdienen.

Unser Fall darf noch zur Sklerodaktylie gerechnet werden, indem zwar das Gesicht und die Arme, aber doch in hervorragendem Mafse die Hände ergriffen sind. Bemerkenswert ist die Ausbreitung der Veränderungen in langen Bändern am Arm und am Unterschenkel; man hat diese Form als „sclérodernie en bandes“ beschrieben und sie ebenso wie die „sclérodernie en plaques“ der diffusen Form gegenübergestellt. Diese Unterscheidung hat dadurch eine große Bedeutung gewonnen, daß jene cirkumskripte Form vielfach als besondere Affektion angesehen wird; die Sclérodernie en plaques der Franzosen wird von den Engländern nach dem Vorgang WILSONS²⁷ als Morphoea beschrieben und der Lepra zugerechnet. Als besonders charakteristisch wird dabei der „lilac ring“ hervorgehoben, welcher die Plaques umgiebt und gesundes vom kranken Gewebe trennt. — Auf dem Kontinent ist man dieser Ansicht nicht gefolgt; BESNIER²⁸ rechnet die Morphoea zur Sklerodermie, von deren anderen Formen sie sich nur durch ihren gewöhnlichen Ausgang in Heilung unterscheidet. EULENBURG²⁹ ist derselben Meinung und möchte höchstens bei den Fällen, wo die Plaques insensibel sind, die Frage nach der Zugehörigkeit der Lepra maculosa offen lassen. Am entschiedensten hat WOLTERS³⁰ die englische Ansicht bekämpft, indem er zugleich Fälle von diffuser und von cirkumskripten Affektion untersuchte und dabei ganz dieselben Veränderungen entdeckte, ferner in den Plaques keine Leprabacillen fand.

An der Patientin ist das Stadium der Induration und das der Atrophie

²⁶ Loc. cit.

²⁷ Journ. Cent. Medic. 1869.

²⁸ Loc. cit.

²⁹ Deutsche medicin. Wochenschr. 1894.

³⁰ Archiv für Dermatologie. 1892.

der Haut zugleich repräsentiert, letzteres besonders auf den Handrücken; im Gesicht besteht der Zustand der „Sklerostomie“: Verhärtung der Lippen, welche das Öffnen des Mundes behindert. Eine seltene Lokalisation ist der behaarte Kopf, der nach LEWIN nur in 13 Fällen ergriffen war; von der viel häufigeren Alopecie oder von Pigmentanomalien der Haare ist auffallenderweise nichts zu sehen. Pigmentationen anderer Stellen fehlen dagegen nicht; am Arm ist die Haut eigentlich getigert, was auch COLIEZ³¹ sah. Starke braune Pigmentation ist überhaupt bei Sklerodermie nicht selten und hat zur Annahme einer Verwandtschaft der Affektion mit der ADDISONschen Krankheit geführt, was durch mehrmals beobachtetes Zusammentreffen beider (FAGGE³², ROSSBACH³³) scheinbar bestätigt wurde; eine anderweitige Bestärkung hat diese Hypothese allerdings nicht erfahren. — Das Fehlen der Schweißsekretion infolge Schwindens der Hautapparate ist die gewöhnliche Angabe der Patienten, deren Haut in Atrophie übergegangen ist; die daraus resultierende Trockenheit der Epidermis wurde als Ursache für die schon erwähnte Erhöhung des elektrischen Widerstandes der sklerosierten Haut angesehen, bis EULENBURG³⁴ an mehreren Fällen vermehrtes Schwitzen und Widerstandsvermehrung zugleich nachwies. — Ein auffallendes Verhalten zeigt in unserem Falle die Sensibilität. An den atrophischen Hautpartien ist sie herabgesetzt, was öfters beobachtet wird; am Oberarm aber besteht an einer sonst nicht veränderten Stelle eine deutliche Hyperästhesie, ein ganz ungewöhnlicher Befund.

Der Verlauf der Erkrankung ist in unserem Falle der typische. Beginnend an den Fingern, greift diese auf das Gesicht, dann auf die Füße über und führt zu den direkten und indirekten Folgeerscheinungen; Starre der Glieder, Atrophie der Knochen, Ulcerationen, Neigung zu Ectropion, Sklerostomie. Endlich verschlimmert sich das Allgemeinbefinden; die Empfindlichkeit der Haut zwingt die Kranke zu stetem Aufenthalt im warmen Zimmer, die Geschwüre nötigen zur Bettlage. Solche indirekte Folgen sind es zumeist, welche die schlechte Prognose der Sklerodermie quoad vitam bedingen. — Unser Fall bietet aber auch Beispiele für partielle Besserungen der erkrankten Haut: am Oberarm und Unterschenkel sind deutliche Veränderungen zurückgegangen.

Die Therapie der Sklerodermie ist von zwei Seiten versucht worden; entweder faßte man die Krankheit als eine nervöse auf und wandte Massage und Elektrizität an; besonders der Sympathicus wurde häufig elektrisch behandelt und MÜLLER³⁵ sah davon zwei Heilungen. Oder aber

³¹ *Thèse*. Paris. 1873.

³² *Transact. pathol. societ.* 1871.

³³ *Virchows Archiv.* 1870.

³⁴ *Deutsch. medic. Wochenschr.* 1894.

³⁵ *Neurol. Centralblatt.* 1892.

man legte das Hauptgewicht auf die Hautveränderungen, verordnete Bäder, gab Salicyl, Naphtol in Salbenform. UNNA gebraucht Salicyl, weil dieses bei Rhinosklerom gute Dienste leistet. Auch die oberflächliche Elektrisation wurde versucht, so von BROcq³⁶, der den konstanten Strom möglichst parallel der Haut passieren läßt, damit die Heilwirkung sich auf diese konzentrierte; LIEBREICH hat seine Kanthariden empfohlen, weil er sie bei Lepra gut wirken sah. In neuerer Zeit ist wiederholt die Schilddrüse als Medikament benutzt worden, mit nicht sehr ermutigendem Erfolg. Bei unserem Falle waren Badekuren in Pfäfers, Rheinfelden, Anwendung von Salicyl und Jodkalium innerlich nutzlos.

III.

Dafs die rein dermatologische Therapie der Sklerodermie nicht sehr befriedigende Resultate giebt, erklärt sich, wenn die Affektion, wie die neueren Untersuchungen es darzuthun scheinen, nur eine Teilerscheinung, nur die Hautlokalisation einer Allgemeinerkrankung ist. Diese Ansicht baut sich auf die pathologisch-anatomische Forschung, deren Ergebnisse in den letzten Jahren ebenso präzise geworden sind, als sie früher widersprechend und zweifelhaft waren. Aus dem Bestreben der früheren Untersucher, ihre Einzelresultate zu generalisieren und darauf eine eigene Theorie zu bauen, ist nicht zum mindesten die lange dauernde Unklarheit über die Pathologie der Sklerodermie entstanden.

Zunächst richtete sich die Aufmerksamkeit der Anatomen natürlich auf das Nervensystem, und einzelne Befunde schienen dies zu rechtfertigen. WESTPHAL³⁷ fand Sklerose in einzelnen Gehirnwindungen; SCHULZE³⁸ fand Atrophie der grauen Vorderhörner und erklärte durch sie die Muskelatrophie und die trophischen Störungen; HARLEY³⁹ sah den Nervus sympathicus in schwieliges Gewebe eingebettet und baute darauf eine Theorie, der z. B. auch SCIAMARA⁴⁰ folgt, indem er die Sklerodermie zu den Sympathicuserkrankungen rechnet. BABES⁴¹ und VAN DER VELDE⁴² fanden die peripheren Nerven in verdickter, bindegewebiger Scheide, und da in vielen Fällen die Ausbreitung der Affektion einem bestimmten Nervengebiet entsprach, schlossen sie auf eine periphere Nervenerkrankung. — Andere Beobachter gingen vom Ödem aus und betrachteten die Affektion als Lymphstase — auch KAPOSI⁴³ teilte früher diese Meinung — und ein

³⁶ *Bulletin franc. de dermatol.* 1892.

³⁷ *Charité-Annalen.* 1876.

³⁸ *Neurolog. Centralblatt.* 1889.

³⁹ *British med. Journ.* 1877.

⁴⁰ *Pathologia e Terapia del gran Simpatico.* Mailand. 1894.

⁴¹ Citirt in: KAPOSI, Hautkrankheiten in der *Eulenburgschen Encyclopädie.*

⁴² *Annales de dermatol. et syphiligraphie.* 1894.

⁴³ *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1876.

Sektionsbefund von HELLER⁴⁴, Verlegung des Ductus thoracicus, kam ihnen sehr gelegen; die Beobachtung ist jedoch vereinzelt geblieben, und KAPOS⁴⁵ selber machte neuerdings darauf aufmerksam, daß die Ausbreitungsbezirke der Sklerodermie nicht den Lymphbahnen entsprechen, und daß übrigens Lymphstase ganz etwas anderes hervorbringe: Elephantiasis, welche nicht zu Hautatrophie führt und das unterliegende Gewebe normal läßt. — Auch ferner liegende Ursachen wurden herbeigezogen; so fand EICHHOFF⁴⁶ Favus der Nägel mit Sklerodaktylie vereint und wollte den Fall so gedeutet wissen, daß der Parasit durch seinen Reiz zu trophischen Störungen führe.

Gegenüber diesen vereinzelt Befunden hat zuerst DINKLER⁴⁷ auf die Veränderungen an den Gefäßen aufmerksam gemacht, und seine Beobachtungen sind besonders von HOFFA⁴⁸ und WOLTERS⁴⁹ bestätigt worden. Keiner dieser Autoren hat am Nervensystem etwas Abnormes gesehen, in der Haut dagegen haben sie sehr charakteristische Veränderungen gefunden. Die Epidermis ist verschmälert, die Papillen sind flacher, das Corium ist etwas verdickt und mit sehr festen, bindegewebigen Balken, sowie mit stark vermehrten und auch vergrößerten elastischen Fasern ausgefüllt; das Pigment des Corium ist vermehrt. Die Drüsen, soweit sie vorhanden, sind besonders in den Ausführungsgängen etwas kleinzellig infiltriert; die kleinen Hautnerven sind ganz normal, an den größeren ist das umgebende Bindegewebe ein wenig verdickt. Die Kapillaren sind an Zahl sehr gering; ihr Lumen ist etwas verkleinert. An den Arterien ist die Adventitia fast ganz geschwunden, die Media, besonders aber die Intima, ist stark verdickt durch zellreiches Bindegewebe. Dadurch wird das Lumen sehr verengt, oft ganz aufgehoben. Es ist also eine End- und Mesarteriitis obliterans zu konstatieren. Die Venen zeigen in geringerem Maße dieselben Verhältnisse. — WOLTERS⁵⁰ hat ferner die Veränderungen der Knochen, welche besonders bei der Sklerodaktylie atrophieren, genau studiert; er fand das Periost als ein fibröses Gewebe, das direkt in eine starke Schicht von Osteoklasten übergeht; diesen ist die Compacta des Knochens zum Opfer gefallen und fehlt, und die Osteoklasten, sowie das Bindegewebe gehen direkt auf die Spongiosa über, zum Teil sogar in diese hinein. Dadurch sieht der Knochen wie angenagt aus. Die Gefäße des Knochens zeigen genau dieselben Veränderungen wie die Hautgefäße. — Die Analogie der histologischen Verhältnisse in

⁴⁴ *Deut. Archiv f. klin. Medicin.* 1872. .

⁴⁵ *Wien med. Blätter.* 1891.

⁴⁶ *Archiv f. Dermatol.* 1890.

⁴⁷ *Deut. Archiv. f. klin. Medicin.* 1891.

⁴⁸ *München. med. Wochenschr.*

⁴⁹ *Archiv f. Dermatol.* 1892.

⁵⁰ *Archiv für Dermat. u. Syphilis.* 1895.

Haut und Knochen ist auffallend; beiderorts abnorme Proliferation des Bindegewebes und Verengerung der Gefäße infolge der Wandverdickung.

Durch diese Analogie wird auch eine einfache Erklärung vom Wesen der Sklerodermie erleichtert; diese erscheint nicht mehr als ausschließliche Erkrankung der Haut mit verschiedenen Komplikationen vonseiten tieferer Gewebe, sondern als Allgemeinerkrankung, und sie kann aus dem Gebiet der Trophoneurosen herausgenommen und unter die bekannten Affektionen anderer Organe gereiht werden, die als interstitielle Entzündungen bezeichnet werden. Denn eine interstitielle Entzündung, eine Cirrhose, oder eine Fibromatose, wie PERLES es nannte, stellen die anatomischen Läsionen dar, analog den Prozessen in der Leber, der Niere, dem Herzen. Die Veränderungen, welche früher besonders geneigt machten, Schädigungen trophischer Bahnen anzunehmen, die Ulcerationen, die seltenere Gangrän, werden nach diesen Ergebnissen leicht durch die Gefäßobliteration erklärt. Die Verbreitung der Erkrankung in länglichen Bezirken wird durch eine Gefäßerkrankung ebensogut erklärt, wie durch eine Nervenaffektion, indem die Ausbreitungsbezirke beider Systeme sich meist decken. Die Aufeinanderfolge eines Stadium elevatum und eines Stadium atrophicum ist auch bedingt durch den cirrhotischen Prozeß, wo das zuerst sehr kernreiche gewucherte Bindegewebe langsam schrumpft.

Einige Autoren, so KAPOSI⁵¹, LASSAR⁵² stimmen mit dieser Auffassung, bei deren Ausführung wir im wesentlichen WOLTERS folgen, nicht ganz überein, indem sie dem Prozeß einen eigentlich entzündlichen Charakter beilegen. Dafür spricht ihnen der Zellenreichtum der verdickten Gefäßwände, ferner das Auftreten der Affektion nach Erysipel etc. — Abgesehen jedoch davon, daß der klinische Verlauf der Sklerodermie gar keinen entzündlichen Typus im gewöhnlichen Sinne zeigt, läßt sich der Kernreichtum der Gewebe sehr wohl mit der Annahme einer Cirrhose vereinbaren, ferner ist doch nur relativ selten Erysipel der Affektion vorausgegangen; endlich finden bei dieser Theorie die Fälle, welche plötzlich nach rein nervöser Veranlassung auftreten, keine Erklärung.

Noch bleibt die Schlufsfrage in der Pathogenese der Sklerodermie zu entscheiden übrig: woher stammen die soeben beschriebenen anatomischen Läsionen? und hierüber sind allerdings mehr als Hypothesen bisher noch nicht ausgesprochen worden. — HOFFA⁵³ legt das Hauptgewicht auf die Erkältung der Haut; allein diese Erklärung, die eigentlich keine ist, kann höchstens für die Fälle in Betracht kommen, wo in der Anamnese von Erkältung die Rede ist; für die anderen und für die besonders, wo die Erscheinungen plötzlich und ohne nachweisbare Ursache auftreten, kann

⁵¹ In *Eulenburgs Encyclopädie*. 1889.

⁵² *Deut. med. Wochenschrift*. 1894.

⁵³ *München. med. Wochenschrift*. 1892.

die Annahme eines nervösen Einflusses nicht entbehrt werden. Über die Art dieses Einflusses wissen wir aber vorzüglich deshalb nichts, weil die feinen Gefäßnerven, welche wahrscheinlich die Leiter desselben darstellen, noch sehr wenig untersucht sind. — LEWIN⁵⁴ verlegt den Sitz der primären Schädigung ins vasomotorische Centrum; wird dieses irgendwie geschädigt, so erweitern sich die Hautgefäße, die Cirkulation verlangsamt, die Gefäßwand wird alteriert und läßt Serum durchtreten; durch das so entstehende Ödem wird das Bindegewebe besser ernährt und hypertrophiert (stad. elevat.). Dadurch werden nun aber die Gefäße wiederum komprimiert, die Gefäßwand leidet, und es stellt sich die Arteriitis obliterans ein, in ihrem Gefolge jetzt schlechtere Ernährung und Atrophie des Bindegewebes. — Diese Hypothese, obschon sie über die Endursache der Veränderungen auch keinen Aufschluß giebt, erklärt doch in geschickter Weise die Aufeinanderfolge der verschiedenen Phasen der Krankheit.

Was die Sklerodaktylie betrifft, von der unsere Besprechung ausging, so ist es nach den histologischen Befunden klar, weshalb sie die hartnäckigste und tiefgreifendste Form der Sklerodermie ist; die peripheren Teile der Extremitäten sind am weitesten vom Herzen entfernt, und eine Schädigung der Gefäße wird hier von den übelsten Folgen begleitet sein.

IV.

Unsere drei Fälle boten Gelegenheit, die Sklerodermie in allen Hauptpunkten zu besprechen, und es wäre überflüssig gewesen, noch andere Krankengeschichten aus der Litteratur zu dem Zwecke herbeizuziehen, um so mehr, als zu wiederholten Malen in größeren Arbeiten sämtliche publizierten Fälle im Auszug mitgeteilt worden sind. Das letzte Mal geschah dies in der schon mehrmals erwähnten Monographie von LEWIN und HELLER, wo alle bis 1895 bekannten Fälle zusammengestellt sind. Seither und bis zum Sommer 1896 sind jedoch unseres Wissens wieder über 20 neue Beobachtungen zur Veröffentlichung gelangt, die hier noch kurz erwähnt werden sollen.

Die französischen Autoren, die von jeher einen Hauptteil des Materials beigebracht haben, sind darunter wieder mit einer größeren Anzahl von Fällen vertreten. Brocq⁵⁵ zeigte in der Société de dermatologie et syphiligraphie eine mit ausgedehnter Muskelatrophie komplizierte Sklerodermie; in derselben Sitzung besprach TENNESON⁵⁶ eine Erkrankung, wo diffuse und circumskripte Form zugleich gesehen wurden. DESPAGNET⁵⁷ stellte als solérodermie palpébrale einen Patienten vor, der nur an den

⁵⁴ Loc. cit.

⁵⁵ *Bulletin de la soc. d. dermat. et syph.* 1895.

⁵⁶ id.

⁵⁷ *Mercredi médical.* 1895.

Lidern blaue Verfärbung und Verdickung zeigte, mit Ausfallen der Cilien. Graue Salbe und Elektrizität besserten den Zustand wesentlich. JEANSELME⁵⁸ sah in seinem Falle lokale Asphyxie, Struma, Exophthalmus und vorübergehend Tachykardie; er neigt zur Annahme eines Kausalzusammenhanges dieser Basedow-Symptome mit der Hauterkrankung. CHAUFFARD⁵⁹ sah, wie schon erwähnt, die Erkrankung mit lokaler Anämie und Insensibilität beginnen; sein Patient litt ferner an Zungenatrophie. — Aus England und Amerika kommen mehrere Mitteilungen. FOX⁶⁰ sah die erkrankte Hautpartie ziemlich genau dem Gebiet des Nervus saphenus entsprechen. BRONSON⁶¹ brachte eine Patientin mit Massage und Jodkalium zur Besserung. MARSH⁶² sah Sklerodermie bei einem zweijährigen Kinde nach Diphtherie auftreten und heilte die Veränderungen mit Schilddrüse. Denselben therapeutischen Erfolg hatte STIEGLITZ⁶³, PRISKO⁶⁴, dagegen wendete bei einem 17jährigen Knaben dasselbe Medikament vergeblich an. Endlich hat HERRINGHAM⁶⁵ einen Fall beschrieben, der kein besonderes Interesse bietet.

Zwei italienische Autoren figurieren in unserer Zusammenstellung. RESPIGHI⁶⁶ beschreibt „un caso di scleroderma a piccole placche simmetriche“, der durch den Titel genügend charakterisiert ist; die Plaques waren nur stecknadelknopfgroß und in großer Zahl über den Rumpf verbreitet. Ferner hat ARCHANGELI⁶⁷ drei neue Fälle veröffentlicht.

In Deutschland hatte PHILIPPSON⁶⁸ bei einem Patienten guten Erfolg mit Salicylbehandlung, und zwei neue Fälle stammen von WOLTERS.⁶⁹ In einem zeigten sich zuerst angiospastische Symptome; Thyreoidea und Kanthariden halfen nicht; der andere war eine Sklerodaktylie der Zehen mit starken Knochenveränderungen.

Aus Wien stammen eine größere Anzahl neuer Beobachtungen. BEER⁷⁰ sah bei einem Patienten auffällige nervöse Symptome, so Ruminatio; ferner sah er einmal die Veränderungen nach dem langen Tragen eines Druckverbandes einsetzen. — Zwei weitere Fälle haben noch besonderes Interesse; der eine zeigte Exophthalmus und Tachykardie; der andere eine stark atrophische Schilddrüse, die vorher

⁵⁸ *Mercredi médical*. 1895.

⁵⁹ *Soc. médicale des hôpitaux. Semaine médicale*. 1895.

⁶⁰ London. dermat. Gesellschaft. *Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1895.

⁶¹ New York. dermat. society. 1895.

⁶² *Medical News*. 1895.

⁶³ *Loc. cit.*

⁶⁴ *New-York. Medic. Monatshefte*. 1894.

⁶⁵ *Clin. soc. transact.* 1895.

⁶⁶ *Giorn. ital. delle Malat. vener. e. d. pelle*. 1894.

⁶⁷ *Bullet. d. soc. Lancis*. 1895.

⁶⁸ *Deut. med. Woch.* 1896.

⁶⁹ *Niederrh. Gesellsch. f. Naturheilkunde*. 1895.

⁷⁰ *Wiener med. Wochenschrift*. 1895.

geschwollen gewesen war. RILLE⁷¹ zeigte in der Ärztesgesellschaft eine Patientin mit Sklerodermie des Unterschenkels und totaler Alopecie. UHLMANN⁷² stellte in der Medizinischen Gesellschaft einen Patienten vor, der das seltene Bild einer symmetrischen Gangrän im Gesicht darbot, neben den gewöhnlichen sklerotischen Veränderungen. Die Gangrän betraf die Haut und einen neugebildeten Knochen in der Wangengegend, der entweder durch Periostitis der Kiefern oder ossificierende Myositis des M. masseter entstanden war; er setzt diese Neubildung der Wucherung des Bindegewebes in der Haut an die Seite. KAPOSI⁷³ sah Sklerodermie des Oberschenkels bei einer Tänzerin, glaubt jedoch nicht, daß hier die häufige Anspannung der Haut als mechanische Ursache gewirkt habe, da er sonst nie eine derartige Ätiologie nachgewiesen hat. Ferner berichtet er über einen Fall, der mit entzündlichem Ödem begann und mit Massage gebessert wurde. — EHRMANN⁷⁴ sah die Veränderungen nach Skorbut auftreten; der Prozeß begann in diesem Falle an den Sehnenscheiden und Fascien und ergriff erst sekundär die Haut. — Wenigstens dem Namen nach gehört hierher die von DÜRING (Konstantinopel) beschriebene „Sclerodactylia aïnhumoides annularis“.⁷⁵ Im Grunde ist sie dem Aïnhum beizuzählen, dieser im Orient vorkommenden Affektion, die mit großer Vorliebe die kleinen Zehen symmetrisch befällt und zu ringförmiger Abschnürung derselben führt.

Die Schweiz hat endlich auch einen neuen Fall zur Kasuistik beigebracht; FALUN⁷⁶ stellte in der Medizinischen Gesellschaft Basel ein 17jähriges Mädchen vor, bei dem den sklerotischen Veränderungen öfters recidivierende Panaritien vorausgegangen waren und das ähnlich unserem dritten Falle hyperästhetische Zonen zeigte. — Aus früheren Jahren stammen nur drei Fälle aus unserem Lande. RAPIN⁷⁷ beschrieb einen Fall von „sclérodactylie avec arthropathies et atrophie osseuse“ und WEBER⁷⁸ teilte zwei Fälle von Sklerodaktylie aus der KOCHERSchen Klinik mit; der eine trat am Mittelfinger nach einer Luxation desselben auf, der andere war mit Nekrose der Endphalangen kompliziert und es wurden dabei kohlen sauren Kalk enthaltende Knötchen gefunden.

Diesen vier in der Schweiz beschriebenen Fällen drei neue Beobachtungen von Sklerodaktylie anreihen zu können, war mir eine angenehme und eine wohl auch berechtigte Aufgabe; denn wenn auch keine unserer

⁷¹ Ärzte-Gesellschaft Wien 1895.

⁷² *Wiener klin. Wochenschrift.* 1895.

⁷³ *Wiener klin. Wochenschrift.* 1895.

⁷⁴ *Wiener dermatol. Gesellschaft.*

⁷⁵ *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten.*

⁷⁶ *Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1895.

⁷⁷ *Bulletin de la société médicale de la Suisse romande.* 1875.

⁷⁸ *Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1878.

Patientinnen Erscheinungen darbot, die vom bisher bekannten Symptomenkomplex sehr abweichen und daher geeignet waren, neue Gesichtspunkte zu eröffnen, so ist es doch wünschenswert, daß von einer so seltenen und interessanten Affektion jeder bekannte Fall genau beschrieben werde, zu Händen der Sammelforschung, für die er ein wertvolles Material darstellt und die er zur besseren Erkenntnis der Krankheit führen kann.

Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen.

Von

Prof. V. MIBELLI - Parma.

(Schluß.)

II.

Bei der Besprechung der Pathogenese dieser Dermatosen wollen wir die verschiedenen Ansichten hören, welche in der letzten Zeit über die Klassifikation und die Deutung der Keratosen geäußert worden.

Bekanntlich war HERMANN LEBERT im Jahre 1864 der erste, welcher diese Krankheitsformen, die bisher bloß einen Gegenstand der Überraschung und Neugierde gebildet hatten, wissenschaftlich untersuchte. In einer klassisch gewordenen Monographie hat er alle zerstreuten Dokumente aus der Litteratur besonders in Bezug auf das Hawthorn und die Ichthyose gesammelt und gruppierte diese beiden Affektionen unter der generischen Bezeichnung „Keratosen“ zusammen.³³

AUSPITZ (1881)³⁴ faßte in einer besonderen Gruppe als Entwicklungsanomalien jene Hautaffektionen zusammen, bei denen die hauptsächlichste Veränderung in einem abnormen Verhornungsprozesse besteht. Die Bezeichnung Keratosen erhält demnach für diese Affektionen einen viel weiteren Begriff, indem sie außer den durch eine übermäßige Verhornung (Hyperkeratose) entstandenen Krankheiten auch diejenigen umfaßt, welche sich durch eine mangelhafte Verhornung auszeichnen (Keratolyse) und in einer dritten Klasse diejenigen, bei denen sich ein nur paratypischer Verhornungsprozeß nachweisen läßt (Parakeratosen). Die Keratosen von LEBERT werden danach zu Hyperkeratosen in der Klassi-

³³ LEBERT, *Über Keratose oder durch Bildung von Hornsubstanz erzeugte Krankheiten und ihre Behandlung*. Breslau 1864.

³⁴ AUSPITZ, *System der Hautkrankheiten*. Wien 1881.

fikation von AUSPITZ. Während LEBERT eine circumskripte, eine diffuse Keratose, ferner eine follikuläre und eine epidermale unterschied, mit verschiedenen Varietäten bei den einzelnen Typen, stellte AUSPITZ, der sich hierin an seinen Vorgänger anlehnte, die drei bekannten Gruppen seiner Hyperkeratosen auf, nämlich 1. diffuse Hyperkeratosen, 2. follikuläre, 3. circumskripte aber von den Follikeln unabhängige Hyperkeratosen. Zur ersten Gruppe zählte er die Ichthyosis simplex und hystrix, zur zweiten den Lichen pilaris und die Ichthyosis follicularis, zur dritten das Hauthorn, das Tyloma und den Clavus. Unter seinen Parakeratosen figurierten die Psoriasis und der Lichen, unter den Keratolysen die Pityriasis alba et rubra, die Dermatitis exfoliativa der kleinen Kinder.

Das Hauptverdienst AUSPITZ' bestand nun nicht allein in dieser Vervollständigung der Klassifikation und der genaueren Nomenklatur, sondern hauptsächlich in seinem Entwurfe, die eben angeführten Affektionen auf pathogenetischer Grundlage einzuteilen.

Bei einem großen Teile der krankhaften Veränderungen der Epithelschichten entdeckte er eine wahre und eigentliche Affektion der Epidermis oder seiner Adnexe, d. h. ein Krankheitsbild, das sich hauptsächlich durch Veränderungen in der Epidermis auszeichnet und bei dem der Hauptteil des Prozesses in der Epidermis selbst entsteht und sich entwickelt. Da aber das anatomische Kriterium für sich allein als Bindeglied zwischen den einzelnen Gliedern dieser formlosen Klasse nicht genügen konnte, zog er noch die Pathogenese hinzu.

In Übereinstimmung mit den damaligen Begriffen, nach denen entzündliche Prozesse in der Epidermis ausgeschlossen waren, war es für AUSPITZ ein Leichtes, aus der Klasse der Entzündungen alle jene Affektionen zu entfernen, von denen er annahm, daß sie in der Epidermis entstanden. So kam er dazu, sie als Entwicklungsanomalien zu betrachten, die ohne jeden intermediären Prozeß primär im Epithel ihren Ursprung nehmen. Unter diesen Krankheiten, die er Epidermidosen nannte, bedeutete die von ihm erweiterte Gruppe der Keratosen nicht allein mehr solche „Affektionen, welche durch Bildung von Hornsubstanz entstehen“, sondern genauer und im erweiterten Sinne „Entwicklungsanomalien von epithelialeem Ursprung und Typus (Epidermidosen), die sich hauptsächlich durch einen abnormen Verhornungsprozeß auszeichnen“. Diese Neuerung erfreute sich bekanntlich unter den Dermatologen keines großen Erfolges.

So fuhr die Wiener Schule fort, jene Dermatosen weiter zu den Entzündungen zu zählen, welche AUSPITZ aus denselben entfernt hatte, um sie in seine Klasse der Epidermidosen einzureihen; die Keratosen verlegte sie in die Klasse der Hypertrophien.

Doch blieben die Bemühungen von AUSPITZ nicht ohne nützliche Wirkung, da sie zu erfolgreichen Diskussionen führten.

UNNA hatte schon vor AUSPITZ das Hawthorn³⁵ in meisterhafter Weise behandelt und veröffentlichte dann (1883)³⁶ einen Versuch von Keratonosologie, in welchem er die Grundfrage, ob die Epidermidosen einfache Entwicklungsanomalien seien, nicht angriff. Er machte auf die Notwendigkeit aufmerksam, auf Grund von histologischen Befunden, jenen Teil der Klassifikation von AUSPITZ umzuändern, der sich auf die Keratosen bezieht. Bei der Besprechung der Familie der Hyperkeratosen ging er in erster Linie darauf aus, eine Definition jenes Symptoms zu geben, das von den Klinikern gewöhnlich als „zu rasche oder zu starke Verhornung“ oder als „vermehrte Tendenz zur Verhornung“ bezeichnet wird. Schon im Jahre 1875 hatte er³⁷ in den Zellen der normalen Hornschicht das Vorhandensein rudimentaler Stachelfortsätze nachgewiesen, welche denen der Schleimschichtzellen analog waren. Er glaubte diesen Befund mit der Annahme einer kompakteren Verhornung erklären zu können, d. h. einer abnorm festen Kohäsion der Hornzellen unter sich vermittelt ihrer Stacheln. So dient UNNA das Wort „Hyperkeratose“ nicht zur Bezeichnung eines pathologischen Prozesses, sondern zur Andeutung der abnormen Dichte des Verhornungsvorganges.

Faßt man den Begriff der Hyperkeratose in dieser Weise auf, so muß andererseits in Betracht gezogen werden, daß ihr, wenn sie auch nicht notwendigerweise einen untergeordneten Prozeß darstellt, doch in den ausgesprochensten und circumskripten Formen der AUSPITZschen Hyperkeratosengruppe (Hawthorn, Tyloma, Clavus) stets eine primäre Hyperakanthosis vorausgeht, d. h. eine abnorme Proliferation der Stachelschicht. Es läßt sich deshalb eine scharfe Trennung dieser von der anderen Gruppe der Epidermidosen mit dem Condyloma acuminatum und der Verruca vulgaris nicht gut durchführen; diese Formen hatte AUSPITZ als einfache Akanthome zu den Hyperkeratosen gezählt und zwar ausschließlich auf Grund der bei ihnen vorkommenden abnormen Entwicklung der Schleimschicht. Alle diese Formen, das Condyloma acuminatum, die Warze, das Hawthorn, das Tyloma, der Clavus, denen man noch die verhornenden Naevi beifügen kann, bilden nach UNNA die untrennbaren Glieder einer Kette, die als gemeinsames Bindeglied die Hyperakanthosis und die daraus resultierende Hyperkeratose aufweisen. Da nun bei allen die Hyperakanthose die primäre Erscheinung ist, so

³⁵ UNNA, Das Fibrokeratom. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* XII. pag. 267.

³⁶ UNNA, Über das Keratoma plantae et palmae hereditarium; eine Studie zur Kerato-Nosologie. *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.* 1883. pag. 231.

³⁷ UNNA, Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut etc. *Arch. f. mikroskop. Anat.* XII.

sollte man sie nicht zu den Hyperkeratosen oder Keratomen zählen, sondern zu den Hyperakanthosen; speziell wären sie, auf Grund ihrer circumskripten Entwicklungsweise nach Art von Tumoren als Akanthome zu bezeichnen und aus der Klasse der Keratosen auszuschließen.

Da aber nach UNNA auch die Ichthyose, aus Rücksichten anderer Art, nicht zu den Hyperkeratosen gerechnet werden darf, so folgt, daß die Gruppe der Hyperkeratosen beinahe vollständig zu nichte wird. Es muß demnach als paradox erscheinen, wenn man das Hawthorn aus derselben ausschließt, dafür aber als vollkommenen Typus die Acne vulgaris hineinverlegt, von der UNNA als Erster annahm, daß sie stets mit einer primären diffusen Hyperkeratose beginne.

Mit diesem Paradox hat uns aber UNNA einen wichtigen Fingerzeig gegeben, der leider unbeachtet geblieben ist: er hat uns darauf aufmerksam gemacht, welch trügerischer und gekünstelter Art die Auffassungsweise ist, nach welcher sich die nosologische Verwandtschaft ausschließlich auf eine abnorme Kompaktheit der Verhornung stützt, d. h. auf einen Prozeß und ein Krankheitsbild, das man mit denselben Erscheinungen bei den verschiedensten Krankheitstypen wiederfindet.

Bezüglich der Ichthyose hat er uns die fundamentalen Unterschiede vorgeführt, welche sie vom Hawthorn als vollständig verschiedene Affektion trennt. LEBERT hatte in derselben weiter nichts erblickt als die diffuse Form seiner Keratose, wie er auch das Hawthorn einfach als die circumskripte Varietät derselben auffaßte. Nach UNNA steht die Ichthyose viel näher der Psoriasis und dem Lichen, d. h. den Parakeratosen von AUSPITZ und demnach auch der Pityriasis alba et rubra, für welche letzterer diese Gruppe der Keratosen geschaffen hatte. Sowohl bei der Ichthyose als bei den Parakeratosen und Keratolysen handelt es sich nämlich nicht allein um Hyperkeratose und Hyperakanthose sowie die verschiedene Weise, wie sich die beiden Prozesse untereinander kombinieren. Das Atypische des Prozesses besteht nicht ausschließlich in der abnormen Dichte der Verhornung, sondern noch aus einem neuen Faktor, der sie viel besser kennzeichnet, nämlich der Ablösung und dem Abfalle der Hornschicht in Form von Schuppen. Alle die obengenannten Formen, von der Ichthyosis bis zur Pityriasis rubra von HEBRA, denen UNNA noch die trockene Seborrhoe beizählt, bilden demnach eine natürliche Gruppe von Dermatosen. Weil sich dieselbe durch einen paratypischen Verhornungsprozeß (Desquamation) auszeichnet, so soll man sie als Parakeratosen bezeichnen.

Im Jahre 1883 wußte UNNA noch nicht, worin hauptsächlich der krankhafte Prozeß dieser Parakeratosen bestand und welcher Natur die pathogenetische Bedingung war, unter der sich die Hornschicht in Staubform auflöste. Obwohl er dabei die Hypothese aufstellte, daß der ganze Prozeß von der Anwesenheit eines parasitären Elementes abhängt, ent-

fernte er sich doch nicht von der fundamentalen Auffassung von AUSPITZ, indem er die Parakeratosen als wahre, von einem entzündlichen Prozesse unabhängige Epidermidosen erklärte. In einem neuen Beitrage hierzu gab jedoch UNNA 7 Jahre später³⁸ auch diese Ansicht auf und die Gruppe der Parakeratosen erhielt eine ganz andere Ausdehnung und Bedeutung. Alle Hautkatarrhe, d. h., nach UNNA, alle oberflächlichen und entzündlichen Prozesse sind infektiöser Natur und von pathogenen Keimen erzeugt, die sich in der Epidermis befinden; eines ihrer hauptsächlichsten Merkmale sind Verhornungsanomalien. Bei einer Kategorie dieser Hautaffektionen kommt es zu verhältnismäßig starker Exsudation und zur Bildung von Feuchtigkeit auf der Hautoberfläche; bei einer anderen Serie von Fällen ist die Entzündung nur ganz schwach angedeutet, zumal im Hinblick auf die Stauung und das Ödem im Papillarkörper; die Hautoberfläche bleibt hier trocken und die Verhornungsanomalie giebt sich unter der klinischen Erscheinung der Abschuppung zu erkennen.

Zu dieser zweiten Kategorie von Hautkatarrhen, die er, im Gegensatz zu den feuchten, trockene Katarrhe nennt, zählt UNNA natürlich auch die Trichophytie, wo das parasitäre Element am sichersten nachgewiesen; die Seborrhoea sicca, die er als eine Form des trockenen Katarrhs betrachtet und bei der er den pathogenen Mikroorganismus gefunden haben will; ferner die Pityriasis rubra pilaris, die Pityriasis rosea von GIBERT und außerdem alle Keratosen der Klassifikation von AUSPITZ, aus denen er 7 Jahre früher die Gruppe der Parakeratosen gebildet hatte. Damit wurde „Parakeratose“ synonym mit „trockenem Hautkatarrh“ und diente nunmehr zur Bezeichnung einer Gruppe von Dermatosen, welche in einer geringen und oberflächlichen Entzündung mit ausgesprochenen Erscheinungen von Hyperämie, Stase und Ödem des Papillarkörpers und in einer durch epidermophytische Mikroorganismen verursachte Paratypie des Verhornungsprozesses bestand.

Wenn nun die UNNASchen Parakeratosen seit 1890 keine einfachen Entwicklungsanomalien im Sinne von AUSPITZ mehr repräsentierten, so blieben sie dennoch als Epidermidosen bestehen, d. h. als primäre Affektionen der Epidermis; trotzdem läßt sich aber leicht erkennen, daß nun ihr wichtigstes Symptom der Verhornungsparatypie, welches ihre Gruppierung und Bezeichnung veranlaßt hatte, eine untergeordnete Bedeutung erhielt, gegenüber ihrer angeblichen Entstehung durch parasitäre Elemente und dem entzündlichen Prozesse von dem sie notgedrungen abhängig gemacht wurden. Damit wurde also durch UNNA die Serie der Keratosen von LEBERT und AUSPITZ, von der man auch noch die Hyper-

³⁸ UNNA, SANTI und POLLITZER, Über die Parakeratosen im allgemeinen etc. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X.

keratosen losgetrennt hatte, vollständig aufgehoben, da ja die Parakeratosen eine selbständige Kategorie bildeten, zwar noch nicht als Keratosen, aber als oberflächliche infektiöse Hautentzündungen.

Die Bezeichnung Parakeratose, welche UNNA für die trockenen Hautkatarrhe reservierte, erinnerte nur noch schwach an die Entstehungsweise dieser Krankheitsgruppe. Es war aber leicht einzusehen, daß auch diese Bezeichnung der bedeutenden Ausdehnung nicht würde widerstehen können, welche die Ansichten über die Nosologie genommen hatten, infolge welcher die ursprüngliche Bedeutung des Wortes verloren gegangen war.

Wirklich bedeutet in der *Histopathologie* von UNNA die Bezeichnung Parakeratose auch nicht mehr eine Gruppe von Affektionen, sondern nur noch ganz einfach einen pathologischen Prozeß. Parakeratose heißt Anomalie des Verhornungsprozesses mit dem klinischen Ausdrucke der Schuppenbildung. Diese Anomalie des Verhornungsprozesses, welche zur Schuppenproduktion führt, besteht in einem Ödem des Übergangsepithels, einem wirklichen parenchymatösen Ödeme, welches die einzelnen Zellen dieses Epithels befällt.

Deswegen verschwindet das Keratohyalin an vielen Stellen der Körnerschicht; das Stratum lucidum vergrößert sich, indem es seine Kerne beibehält; die übrige Hornschicht ist im ganzen feuchter als unter normalen Verhältnissen. Man hat somit eine verlangsamte und vereinfachte Verhornung, d. h. ohne Keratohyalinbildung, ohne Schwund der Kerne und Austrocknung des Protoplasma im Innern der Zellen. Die feuchteren Schichten sind natürlich kohärenter als unter normalen Verhältnissen; es löst sich nicht mehr Zelle um Zelle in unmerklicher Weise los, sondern dickere Zellhaufen in Form von sichtbaren Lamellen, den sog. Schuppen. Diese bestehen aus zum Teil einfach verhärteten und nicht wirklich verhornten Zellen; die normale vollständige Verhornung wird durch die abnorme Durchfeuchtung der Epithelien, d. h. durch das parenchymatöse Ödem verhindert.

Die angeführten histologischen Veränderungen, die bei gewissen Ekzemen und besonders der Psoriasis so ausgesprochen sind, trifft man dagegen bei anderen Formen von trockenen Katarrhen, wie zum Beispiel der Pityriasis rubra pilaris, dem Lichen und der Ichthyosis nicht an. Auch bei dieser ist abnorme Feuchtigkeit vorhanden, die aber nicht genügt zur Produktion eines parakeratotischen Zustandes, d. h. des parenchymatösen Ödems des Übergangsepithels. Man hat also ganz recht, sie als trockene Katarrhe zu betrachten, darf sie aber nicht mehr zu den Parakeratosen im histologischen Sinne rechnen, da die fundamentale parakeratotische Veränderung fehlt.

Wenn demnach mit dem Worte Parakeratose die beschriebene histologische Veränderung angedeutet werden soll und diese nicht bei allen

trockenen Katarrhen vorkommt, so ist es klar, daß Parakeratose und trockener Katarrh keine synonymen Ausdrücke mehr sind. Da die letztere Bezeichnung aber vom nosologischen Gesichtspunkte aus eine ausgedehntere Bedeutung hat, so wird sie allein zur Charakterisierung einer Gruppe von Affektionen verwendet werden können, während die erstere nur zur Bezeichnung jenes besonderen krankhaften Zustandes wird dienen können, den UNNA in der angeführten Weise beschrieben hat.

Während sich die soeben besprochenen histopathologischen Ansichten weiter entwickelten und noch bevor sie im Werke UNNAS³⁹ ihre definitive Gestalt erhalten hatten, kam TOMMASOLI, führte einzelne seiner bereits in den Jahren 1884, 85 und 87 über die Pathologie der Epidermis geäußerten Ideen⁴⁰ des weiteren aus und stellte eine neue Theorie⁴¹ auf, nach welcher die keratotischen Affektionen ihre selbständige Stellung, die ihnen durch die UNNASchen Studien entrissen worden war, und in einer vom Verfasser selbst vorgeschlagenen Klassifikation⁴² einen besonderen und sehr wichtigen Rang wieder erhielten.

Alle keratophoren Hautaffektionen (wie er sie benennt) bei denen eine der auffallendsten und konstantesten Erscheinungen durch die Störung der Verhornung repräsentiert wird, werden von TOMMASOLI zu einer sehr großen Klasse, den sog. Keratodermatosen vereinigt. Damit verläßt TOMMASOLI das taxinomische System von AUSPITZ und UNNA, welche besonders darauf ausgingen, (namentlich UNNA) die Wandelungen des anomalen Verhornungsprozesses auf Grund von histologischen Gesichtspunkten zu definieren. TOMMASOLI zieht nur die Pathogenese in Berücksichtigung und gelangt, mit Hülfe dieses offenbar wichtigsten Momentes, bald zum Schlusse, daß man die große Klasse der Keratodermatosen nur in zwei große Familien einteilen könne: In die 1. derselben bringt er, unter der Bezeichnung „Keratodermien“, die keratotischen Naevi, sowie die Trichosen und Onychosen von AUSPITZ über deren Pathogenese er sich nicht ausläßt. Zur 2. zählt er alle Keratosen von LEBERT und AUSPITZ mit den Parakeratosen von UNNA (1890) und erklärt dabei, daß

³⁹ *Histopathologie.*

⁴⁰ TOMMASOLI, *Contribuzione all'anatomia e alla patol. dell'epiderm.* Bologna 1884. Derselbe, *Considerazioni sulla natura dell'Ittiosi. Lo sperimentale.* Dezember 1885.

Derselbe, *Note di dermosifilopatia.* Bologna 1887.

⁴¹ TOMMASOLI, *Nuove consideraz. sulla istologia e sulla nat. dell'Ittiosi. Giorn. ital. mal. ven. e d. pelle.* 1889. pag. 315 u. 1891 pag. 58.

Derselbe, *Sur l'histopathol. et la pathogénèse de l'ichthyose. Ann. de dermat. et de syph.* 1893. V. u. VI.

Derselbe, *Über autotoxische Keratodermiden. Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Erg. I.

Derselbe, *Contributo allo studio dell'Akrokeratoma. Rassegna di scienze med.* Modena 1893. No. 3. Jahrg. VIII.

⁴² TOMMASOLI, *Saggio di una nuova classificazione delle malattie cutanee. Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1891. III.

ein besonderer pathogenetischer Mechanismus, den er für alle gemein hält, ihre Gruppierung unter der Bezeichnung Keratodermiden vollauf rechtfertige.

Nach TOMMASOLI ist somit keine Rede mehr von Hyperkeratosen, Parakeratosen oder Keratolysen. Die Verhornungsanomalie darf nicht mehr von sich selbst aus abgeschätzt werden, sondern nach dem primären krankhaften Prozesse von dem sie abhängt; dies ist der keratophore, d. h. der wahre pathologische Vorgang, der vom Nosologen in Betracht gezogen werden muß.

Gerade bei der Auslegung dieses keratophoren Prozesses und der Art und Weise, wie er sich bis zur Bildung der Verhornungsveränderung entwickelt, gehen die Ansichten von TOMMASOLI und seiner Vorgänger, besonders UNNAS, auseinander. Während nämlich UNNA seine Parakeratosen (von 1890) auf die Wirkung von Mikroorganismen zurückführte, die von außen kommen und die Epidermis direkt beeinflussen sollten, glaubt TOMMASOLI, daß der pathogenetische Mechanismus keineswegs ein so einfacher sei. Obwohl er zwar auch die gewöhnlichen Dermatomykosen, wie den Favus, die Trichophytien und die Pityriasis versicolor in seine Familie der Keratodermiden verlegt, so erklärt er doch, daß im allgemeinen die Keratodermiden durch verwickelte innere Ursachen bedingt sind und zwar hauptsächlich durch toxische Substanzen autogenen Ursprungs.

UNNA hält zwar die meisten Keratosen von AUSPITZ, sowie die neu hinzugefügten für entzündlicher Natur, doch bleibt er der Ansicht dieses letzteren treu, indem er sie ebenfalls noch als wahre Epidermidosen erklärt. Sie sind zwar keine Entwicklungsanomalien im Sinne von AUSPITZ mehr, da sie UNNA als Hautkatarrhe betrachtet; doch gehören sie auch als Entzündungen zum Bereiche der Epidermis, so daß die Bezeichnung „Epidermiden“ für sie ganz gut paßt. Da er nämlich von der Behauptung ausgeht, daß diese parakeratotischen Affektionen durch epidermophytische Pilze verursacht sind, so bildet, entsprechend der modernen Theorie der Chemotaxis, die Epidermis das Zentrum, in und um welches der entzündliche Prozeß beginnt; die Veränderungen an den Gefäßen der Papillarschicht wären dann von bloß untergeordneter Bedeutung.

Wenn aber TOMMASOLI von Affektionen der Epidermis oder Epidermopathien spricht, so versteht er darunter stets Veränderungen des „Hautorgans“, nach Art KROMAYERS in seiner Gesamtheit, d. h. als untrennbares epidermales Parenchym und vaskulo-bindegewebiges Stroma (Papillarkörper) betrachtet. Den äußeren Einflüssen spricht er, im Gegensatze zu UNNA, jede Wichtigkeit ab, ob nun das vaskulo-bindegewebige Stroma, der primäre Herd, des von ihm als aus dem Innern gelangend betrachteten schädlichen Einflusses sei, oder aber, ob die Veränderungen des Parenchyms,

d. h. der wirklichen Epidermis die Folge einer primären Alteration der Cutis seien.

Nach TOMMASOLI sind es die im Organismus selbst infolge einer Verlangsamung in der Ernährung entstandenen organischen Gifte, welche in Begleitung eines allgemeinen dystrophischen Prozesses, als erste bemerkbare krankhafte Erscheinung eine ganz leichte Entzündung des Papillarkörpers unter dem Bilde einer Hypertrophie verursachen. Infolgedessen tritt eine Störung in den keratogenen Vorgängen ein und diese führt zur übermäßigen Bildung von Epithel und zu einer hypertrophischen Hyperkeratose. Später hört der aktive entzündliche Prozess auf und unter dem lähmenden Einflusse der Autotoxine auf die Gefäßinnervation kommt es zu einer passiven Hyperämie oder Stase, während an Stelle der Hypertrophie eine Dystrophie oder ausgesprochene Atrophie tritt. Der auf diese Weise gestörte keratogene Prozess bleibt sich aber in seinen Endresultaten stets gleich: während man nämlich zuerst eine Hyperproduktion von Hornzellen infolge einer vermehrten Bildung von Schleimzellen hatte, so tritt jetzt dasselbe aus einer entgegengesetzten Ursache ein, nämlich infolge einer verminderten Lebensfähigkeit derselben Schleimzellen, welche rascher ihrer letzten Lebensphase, der Verhornung, entgegengeführt werden.

* *

Aus diesen wenigen Angaben über die in den letzten Zeiten erschienenen Arbeiten scheinen uns genügend Anhaltspunkte hervorzugehen zur Klarlegung der wichtigsten Fragen die sich gegenwärtig um die Pathologie der keratophoren Dermatosen erheben. Bei der Fortsetzung der Diskussion stoßen wir aber auf eine Hauptschwierigkeit: die Uneinigkeit der Autoren bezüglich der Nomenklatur der oben behandelten Affektionen.

Die Bezeichnung „Keratosen“ wird nämlich von den neuesten Autoren beiseite geschoben oder gänzlich der Vergessenheit preisgegeben. Die Wiener Schule fährt zwar bekanntlich fort von Keratosen im Sinne von LEBERT zu reden, d. h. als Krankheiten, die in einer abnormen Produktion von Hornsubstanz bestehen. Seitdem aber AUSPITZ diese Affektionen genauer als Hyperkeratosen bezeichnet hat, hat sich der Gebrauch dieses Wortes immer mehr verallgemeinert, so daß es heutzutage zweifelhaft geworden ist, ob Keratose gleichbedeutend sei mit Hyperkeratose oder ob ihr eine mehr generische Bedeutung im Sinne einer Verhornungsanomalie zukomme. AUSPITZ betrachtete nämlich nicht allein die abnorme Verdickung der Hornschicht als Keratose, sondern auch den abnormen Zerfall derselben in Form von Schuppen.

Es würde nun in erster Linie darauf ankommen diese Unsicherheit in der Terminologie auszumerzen und festzustellen, daß nicht alle Affek-

tionen, die sich durch eine abnorme Verhornung auszeichnen, in einem Bündel zusammengefaßt werden dürfen, ohne dabei zu berücksichtigen ob sich die Abnormalität teilweise oder gänzlich durch die eine oder die andere der entgegengesetzten Erscheinungen unterscheidet. Die beiden Formen von Verhornungsanomalien sind nämlich substantiell von einander verschieden, wenn sie auch öfters kombiniert vorkommen.

Ich weiß wohl, daß für TOMMASOLI meine Art der Unterscheidung keine Existenzberechtigung hat. Noch im Jahre 1893 bestätigt er nämlich seine 1884 geäußerte Ansicht, wonach die Verhornung den Tod der Epidermiszellen bedeute; infolgedessen kann auch für ihn die Tatsache nur von untergeordneter Wichtigkeit sein, daß sich diese toten Zellen schichtweise in gewaltigen Haufen ansammeln oder aber sich lösen und abfallen.

Wenn man aber im Innern des Protoplasmas der Hornzellen auch Erscheinungen von regressiver oder nekrobiotischer (UNNA, KROMAYER) Metamorphose beobachtet, so genügen dieselben nicht zur Aufstellung der Behauptung, daß sie alle Lebensfähigkeit verloren haben. So lange also die normale oder hypertrophische Hornschicht ihre Kohärenz in den verschiedenen Lagen aus denen sie sich zusammensetzt, beibehält, scheint es mir nur billig, anzunehmen, daß der Stoffwechsel in den Zellen seinen Fortgang nimmt und daß somit in ihnen eine gewisse Lebensfähigkeit bestehen bleibt. Wenn sich aber die mehr oder weniger verhornten Epidermiszellen in Gestalt von Schuppen lösen, dann erst kann man annehmen, daß sie alle Lebensfähigkeit eingebüßt haben. Nach meiner Meinung kann man infolgedessen nicht die Hyperkeratose und noch weniger den normalen Verhornungsprozeß, sondern erst die Keratolyse als den Untergang der Epidermiszellen betrachten.

Wenn man aber auch mit TOMMASOLI annehmen will, daß die Menge der verhornten Zellen, ohne Rücksicht auf Hyperkeratose und Keratolyse, den Tod der Epidermiszellen bedeute, so glaube ich doch nicht, daß man seine pathogenetische Theorie, die er für seine autotoxischen Keratodermiden ausgearbeitet hat, in ihrem ganzen Umfange acceptieren könne.

Nach dieser Theorie hätte man nämlich, im Verlaufe der langsamen keratophoren Affektion, bei allen Fällen eine erste hypertrophische Periode, die sich durch eine vermehrte Bildung von Zellen in der Schleimschicht auszeichnet; damit muß natürlich eine vermehrte Produktion von Hornzellen Hand in Hand gehen, ob nun dieselben als bereits tote oder noch mehr oder weniger lebensfähige Elemente betrachtet werden. In der anderen, viel längeren und charakteristischeren Periode der Atrophie, die unmittelbar auf die erste folgen soll, würde die vermehrte Produktion von Hornzellen oder, nach TOMMASOLI, das vermehrte Absterben von Epidermiszellen, unverändert fortbestehen, trotz der bereits eingetretenen

Atrophie des Rete Malpighi; da nämlich die Zellen des letzteren unter ungünstigen Bedingungen entstanden sind, müßten sie auch einem rascheren Tode verfallen, als unter normalen Verhältnissen. Diese Erklärungsweise erscheint zwar wenig plausibel, da man nicht gut einsieht, wie ein vermehrtes Absterben der Epidermiszellen so lange fortbestehen kann, wenn sich die Schleimschicht, d. h. diejenige Schicht, welche die dem Tode geweihten Elemente liefern soll, bereits in einem Stadium der Atrophie befindet.

Nimmt man dagegen an, daß auch der pathologische Verhornungsprozess nicht den Tod, sondern eine verminderte Lebensfähigkeit der Epidermiszellen infolge eines verminderten Stoffwechsels im Protoplasma bedeutet, so versteht man leicht, auf welche Weise sich diese abgeschwächten Ernährungsvorgänge bei den beiden von TOMMASOLI angegebenen Perioden wiederfinden. In der hypertrophischen Periode ist der Stoffwechsel nur ein relativ ungenügender, weil der zu ernährende Teil verdickt ist,⁴³ in der zweiten Periode ist er es aber in absoluter Weise, wegen der allgemeinen Dystrophie, die den ganzen Krankheitsprozess beherrscht. In beiden Fällen muß dann auch natürlich ein größerer Teil von Zellelementen in Verhornung übergehen, d. h. in eine durch einfacheren und weniger aktiven Stoffwechsel geordnete Lebensweise.

Wohl existiert in einem guten Teile der Fälle neben einer abnormen Verdickung der Hornschicht (Hyperkeratose) auch eine teilweise Ablösung derselben in Form von Schuppen (Keratolyse), was unzweifelhaft gleichbedeutend ist mit Abfall von toten Zellen. Die Keratolyse ist aber nicht notwendig mit einer Hyperproduktion von Epidermis- oder Hornzellen verbunden, da allgemein angenommen wird, daß die Schuppen eine unvollkommene Verhornung darstellen, infolge welcher sich die Zellen nach Ablauf ihrer Lebensbahn in großen Klumpen und nicht in kleinsten unbemerkbaren Partikeln ablösen, wie dies bei der normalen Verhornung geschieht.

Nach meiner Auslegung kann nun auch die Theorie von TOMMASOLI weiter bestehen und zwar auch für die mit Keratolyse komplizierten Fälle von Hyperkeratose, da nämlich, wie gesagt, die Schuppenbildung nicht notwendig als ein beschleunigtes oder vermehrtes Absterben von Epidermiszellen aufgefaßt zu werden braucht.

Es ist aber leicht einzusehen, wie schwer es ist, für alle Fälle einen und denselben pathogenetischen Mechanismus anzunehmen, da die beiden Prozesse der Hyperkeratose und Keratolyse in mannigfaltiger Weise kombiniert vorkommen können.

⁴³ Diese Thatsache wurde bereits von UNNA bei den verhornenden Akanthomen angeführt. Siehe seine mehrmals erwähnte Arbeit aus dem Jahre 1883.

Vor allem müssen aber, nach meiner Ansicht, alle jene Hautaffektionen betrachtet werden, bei denen die ganze Verhornungsanomalie in einer abnormen Abschuppung der Hornschicht ohne Spur von wirklicher Hyperkeratose besteht; als solche wären z. B. zu nennen die exfoliativen Dermatitis und Erythrodermien.

Die Pathogenese dieser entzündlichen, keratolytischen Affektionen ist ohne Zweifel bedeutend verwickelter, als bei den wahren Hyperkeratosen. Wir finden keinen rechten Grund, dieselben mit dem Kallus und dem Hauthorn in einer Kategorie unterzubringen, wie dies TOMMASOLI thut, der alle diese Formen als autotoxische Keratodermiden betrachtet.

Man könnte sich demnach die Aufgabe bedeutend erleichtern, wenn man damit aufhören wollte, den gestörten Verhornungsprozess, der von einem Falle zum anderen so verschiedene Entstehungs- und Erscheinungsweisen zeigt, von einem allzu generischen Standpunkte aus zu betrachten, und wenn man sich darauf beschränken würde, genau festzusetzen, dass man unter Keratosen nur solche Affektionen verstehen soll, die sich durch eine wahre Hyperkeratose auszeichnen, d. h. durch eine vermehrte Produktion der Hornschicht, entweder infolge einer vermehrten Bildung von Hornzellen oder durch einfache Zunahme der Kohärenz derselben, ob nun eine Keratose damit verbunden sei oder nicht. Dieses sind, wenn ich nicht irre, die Affektionen, die von den meisten Dermatologen als Keratosen bezeichnet werden; diese Bezeichnung dürfen sie auch so lange weiterführen, als man sich nicht darin geeinigt, das Wort durch Hyperkeratose zu ersetzen, das bestimmter ist.

Nach Festsetzung dieses Fundamentalpunktes handelt es sich noch darum, alle die Affektionen, die wir im ersten Teile unserer Arbeit behandelt haben und welche sich als Hyperkeratosen kennzeichnen, als wirkliche Keratosen zu erklären.

Wenn es nun zwar sehr wohl angeht, alle diese verschiedenen Krankheitsformen zusammen von einem ihnen allen gemeinschaftlichen Standpunkte aus zu betrachten, so darf man noch nicht glauben, dass die Arbeit des Forschers damit abgekürzt sei. Die follikuläre Hyperkeratose hat nämlich bei der Akne nicht dieselbe Bedeutung, wie z. B. bei der Keratosis pilaris, dem Favus oder dem Lupus erythematosus. So hat auch die porale Hyperkeratose beim Lichen oder der Pityriasis rubra pilaris nicht dieselbe Wichtigkeit, wie bei meiner sog. Porokeratose oder dem Naevus porokeratodes von HALLOPEAU.

UNNA, welcher den größten Teil der follikulären und poralen Hyperkeratosen mit Inbegriff meiner Porokeratose als trockene Hautkartarrhe betrachtet, verlegt die Akne und den Favus zu den tiefen Entzündungen, den Lupus erythematosus zu den regressiven Ernährungsstörungen, den Naevus porokeratodes von HALLOPEAU zu den kongenitalen Mißbildungen.

Wenn aber UNNA den größten Teil der follikulären und poralen Keratosen zu den trockenen Katarrhen rechnet, so wurde er hierbei mehr durch Analogiegründe als durch direkte Beweise geleitet. Der pathogene Mikroorganismus jener Affektionen, welcher sich an die Ätiologie der trockenen Hautkatarrhe knüpft, ist aber noch unbekannt, ebenso ist für viele Fälle der Nachweis eines entzündlichen Prozesses, der doch der ganzen Theorie zur Grundlage dient, noch nicht geleistet. Dabei sehen wir, daß TOMMASOLI seine Theorie, welche die Pathogenese derselben erklären soll, auf eine weit manigfaltigere und zahlreichere Gruppe von Hautaffektionen ausdehnt. Auch bei dieser Theorie spielt die Entzündung eine ebenso wichtige Rolle als bei den trockenen Hautkatarrhen von UNNA, wenn auch in einem etwas verschiedenen Sinne, da er annimmt, daß eine langsame, oberflächliche Dermatitis, stets die fundamentale Veränderung bilde, der auf verschiedenem Wege der krankhafte Prozeß folgt, welcher durch die Wirkung der Toxine hervorgebracht wird und durch welchen sich die Keratophorie einstellt. Nun bleibt aber stets noch zu beweisen übrig, ob die angebliche Dermatitis in allen Fällen existiert und was noch schwieriger sein dürfte, ob seine Vermittelung zur Erzeugung der Keratophorie notwendig sei. Sehr gewöhnlich tritt um Herde torpider und sehr lange dauernder Dermitiden, ein Prozeß von Hyperkeratose und Keratolyse, ein. Noch zahlreicher aber sind die Fälle, wo dies nicht eintritt, wenn auch ganz dieselbe pathologische Disposition der Hautgewebe besteht. Wenn deshalb auch die chronischen Dermitiden nicht zur Keratophorie führen und wenn bei den keratophoren Dermatosen diese Dermatitis nicht stets als die primäre Veränderung nachgewiesen werden kann, so kann man mit Recht annehmen, daß sie an sich selbst nicht genügt und auch nicht zur Störung des Verhornungsprozesses notwendig ist. Für eine Anzahl von Fällen wird man sich deshalb an die Ansicht von TÖRÖK und PHILIPPSON⁴⁴ halten müssen, welche annehmen, daß so der entzündliche Prozeß für sich allein die Keratophorie nicht erzeugt, daß aber eine und dieselbe Ursache beide Prozesse zur Entstehung bringen kann, indem sie dieselben von einander unabhängig bestehen läßt.

Aus den verschiedenen Mitteilungen von TOMMASOLI gewinnt man die Ueberzeugung, daß auch für diesen Autor die hauptsächlichste anatomische Ursache zur Entstehung der Keratophorie nicht die Entzündung als solche ist, sondern vielmehr die neuroparalytische Dilatation des oberflächlichen Netzes und die daraus resultierende venös-lymphatische Stase. In diesem Sinne stimmt die Meinung TOMMASOLIS mit derjenigen der meisten Beobachter überein, da schon längst angenommen ist, daß lokale

⁴⁴ *Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten.* Wiesbaden 1875. pag. 78 ff.

⁴⁵ Dies nimmt UNNA für seine Hyperkeratosen an. — *Vierteljahrsschr.* etc. 1883.

Zirkulationsstörungen, welche eine Verlangsamung in der Strömung der Nährsäfte verursacht, die Grundlage vieler Hyperkeratosen bildet.⁴⁵ Vor 7 Jahren⁴⁶ habe ich selbst gezeigt, daß beim Angiokeratom die Veränderungen der Gefäße, die primäre Erscheinung ist und daß sie von einer Verlangsamung der Zirkulation begleitet ist; auf sie führte ich die Bildung des Keratoms zurück und stellte die Hypothese auf, daß infolge der Verlangsamung der Blutzirkulation, die Sauerstoffzufuhr in den Epidermiszellen geschädigt und der Verhornungsprozesses verändert und beschleunigt werde.

Doch auch hier muß man sich die Frage stellen, ob die einfache lokale Zirkulationsstörung zur Erzeugung all der ihr zugeschriebenen Folgezustände notwendig und genügend sei; man hat nämlich nicht bei allen Keratosen überhaupt dilatierte Gefäße nachweisen können und andererseits führt diese Erscheinung bekanntlich nicht immer zu Anomalien der Verhornung.

Es fragt sich ferner, ob man das Angiokeratom als Typus aufstellen dürfe, zum Nachweise vom Einflusse der Gefäßdilatation im oberflächlichen Netze auf die Keratophorie, wie dies TOMMASOLI gethan hat, welcher bei der Besprechung der Pathogenese der Ichthyose, letztere als „eine Art von sehr schwach entwickeltem und weit verbreitetem Angiokeratom betrachtet“.⁴⁷

Schon aus anderen Gründen, die ich in einer zweiten Arbeit über das Angiokeratom entwickelte, hatte ich die Ansicht geäußert,⁴⁸ daß die Zirkulationsverlangsamung, die ich bei dieser Krankheit zuerst nachgewiesen hatte, nicht genügten, die Bildung des Keratoms über dem Angiom zu erklären. Dem muß ich heute nun beifügen, daß es sich beim Angiokeratom um eine Zirkulationsstörung besonderer Art handelt, welche mit den gewöhnlichen Zirkulationsstörungen bei vielen Hyperkeratosen nicht ganz verglichen werden kann. Dort handelt es sich nämlich nicht um eine gleichmäßige Erweiterung der oberflächlichen Gefäße, sondern um enorme, auf die Gefäße beschränkte Ektasien und Varikositäten mit teilweiser lacunärer, hämatischer und lymphatischer Neubildung; die von Blut strotzenden Höhlen stehen in direktem Kontakte mit der Epidermis, in welche hinein sie sich fortsetzen. Im Hinblick auf die angiomatöse oder angiomartige Bildung, welche an sich allein auf die Keimschicht der Epidermis einen schädlichen, chemisch-mechanischen Einfluß ausüben muß, geht man deshalb in diesem Falle nicht weit genug, wenn man von einer

⁴⁵ MIBELLI, Di una nuova forma di Keratosi, angiokeratoma. — *Giornale ital. delle malatt. vener. e d. pelle.* Heft III. 1889.

⁴⁷ Pathogénèse de l'Ichthyose. — *Annales de Dermat. et Syph.* Heft VI. 1893.

⁴⁸ MIBELLI, L'angiocheratoma. — *Giornale ital. delle malatt. vener. e d. pelle.* Fasc. II. u. III. 1891.

einfachen Zirkulationsverlangsamung als der Ursache der der lokalen Keratophorie spricht.

Andererseits kann bekanntlich beim Angiokeratom die Hyperkeratose verschiedene Grade zeigen und zwar nicht allein in den einzelnen Fällen, sondern in einzelnen Läsionen desselben Falles. In einigen, nach meinen Beobachtungen seltenen Fällen, herrschen kleine, keratosische Geschwülste in solcher Anzahl vor, daß sie schwere Difformitäten bilden; in vielen anderen Fällen dagegen, sind die kleinen erhabenen Tumoren weniger zahlreich und es herrschen weniger ausgesprochene oder ganz flache keratosische Formen vor. Nicht selten kommt es bei gewissen Patienten vor, daß typische angiokeratomatöse Gefäßläsionen, die längsten Zeiten bestehen können, ohne daß sie von merklichen keratosischen Veränderungen begleitet wären.

Es handelt sich also in allen diesen Fällen um anatomisch identische Gefäßalterationen. Da sie nicht stets von derselben Wirkung auf die Epidermis gefolgt werden, erscheint es als richtig, anzunehmen, daß diese Wirkung auf eine Gefäßalteration zurückzuführen sei und zwar nicht nur insofern als eine Zirkulationsstörung daraus resultiert, sondern besonders in Anbetracht der ungleichen und veränderlichen Art und Weise, wie die varikösen Gefäßerweiterungen je nach ihrer Entwicklung oder Lage, direkt die Keimschicht der Epidermis beeinflussen.

Auch die Theorie von der autotoxischen Natur der Keratosen giebt zwar zu, daß die lokale Zirkulationsstörung allein nicht genüge zur Erzeugung der Keratophorie, daß vielmehr noch andere Umstände in verschiedener Weise hierzu beitragen; zu diesen gehört in erster Linie eine allgemeine Verlangsamung in der Ernährung und die daraus resultierende Bildung toxischer Substanzen. Diese letztere Hypothese leitet TOMMASOLI von der allgemeinen Untersuchung der Kranken ab und stützt sie durch Argumente, die er per analogiam aus der syphilitischen und Arsenkeratose schöpft. Neueren Forschungen bleibt es vorbehalten, nachzuweisen, welchen Anteil die Autointoxikationserscheinungen an den krankhaften Prozessen überhaupt nehmen, welcher Natur diese autotoxischen Agentien seien, die Hautaffektionen zu erzeugen vermögen und in welcher Weise sie ihre direkte oder mittelbare pathogene Wirkung bei den keratophoren Prozessen auf die Epidermiszellen ausüben. Inzwischen muß sich aber TOMMASOLI darauf beschränken, anzunehmen, daß die genannten autotoxischen Agentien nur insofern eine Keratophorie hervorzurufen vermögen, als sie sich selbst unter dem Einflusse mangelhafter, organischer Bedingungen im allgemeinen gebildet haben und nun auf die Haut durch Vermittelung von neurovaskulären Störungen eingewirkt haben, welche durch die vorausgehende allgemeine Dystrophie noch verschlimmert werden; diese letztere muß sich nämlich über die Gewebe der Haut, wie über den übrigen Organismus verbreiten.

Die keratogene Wirkung der Toxine ist aber vorläufig eine rein hypothetische und andererseits muß die Existenz von lokalen Ernährungsstörungen für viele Fälle bewiesen werden, ja öfters fehlen diese vollständig. Man darf sich deshalb wohl fragen, warum diese angeblichen Toxine nicht direkt auf die Epidermis wirken sollten, ohne daß die Vermittelung einer primären, dystrophischen oder zirkulatorischen Störung im Papillenkörper notwendig wäre. Ist aber eine kongenitale oder akquirierte Prädisposition zur Entstehung der Keratophorie notwendig, warum könnte diese Prädisposition nicht die Epidermis allein betreffen, statt in einer abnormen, anatomischen Beschaffenheit des Papillenkörpers zu bestehen? Dies scheint uns nämlich um so wahrscheinlicher, als es mehrere Hautkrankheiten, zumal solche parasitärer Natur, giebt, welche primär in der Epidermis entstehen. Beim Favus sehen wir ja auch, daß ein ausschließlich epidermophytischer Pilz einen permanenten hyperkeratosischen Zustand erzeugt, wo entzündliche Erscheinungen noch ganz fehlen. Da die Möglichkeit erwiesen, daß es unter dem Einflusse äußerer Agentien, zu keratosischen Veränderungen kommen kann, so erhält auch die Hypothese eine Stütze, daß auch innere Ursachen ähnliche Wirkungen direkt auf die Epidermis auszuüben vermögen.

Andererseits ist es aber auch wahr, daß bei den Dermatosen aus inneren Ursachen im allgemeinen und so auch bei den parasitären Formen, prädisponierende, ätiologische Bedingungen verschiedener Art eintreten und daß es gewisse Parasiten, wie das *Mikrosporon furfur* und das *Mikrosporon minutissimum*, giebt, die nur dann zu pathogenen werden, wenn diese accessorischen Bedingungen vorhanden sind.

Solche prädisponierende Ursachen können aber auch ihren Ursprung in krankhaften Zuständen der inneren Organe nehmen, wie dies bei der Pityriasis versicolor der Fall zu sein scheint. Diese wird nämlich von französischen Autoren⁴⁹ in direkte Beziehung zu Affektionen des Darmtrakts gebracht. Wenn wir aber aus Beispielen nach Art der Pityriasis versicolor, des Erythrasma, des Eccema seborrhoicum circinatum der Sternalgegend ersehen können, daß äußere Ursachen nicht genügen, so zeigen uns dieselben auch, daß innere Affektionen den Zustand der Hautoberfläche derartig beeinflussen können, daß sie für den pathogenen Einfluß epidermophytischer Mikroorganismen empfänglicher werden, ohne daß dabei morphologische Veränderungen in der Papillarschicht einzutreten brauchen. Diese krankhafte Empfänglichkeit der Hautoberfläche, die sich besonders in der Hornschicht zeigt, wo sich die Pilze ablagern, führt zum Teil bei den genannten Krankheiten zu einer Störung der Talg- und

⁴⁹ DE MOLÈNES et COSTILHES, Pityriasis versicolor; pathogénie et traitement. *Ann. de Derm. et Syph.* 1892. pag. 246.

Schweißsekretion. Jedermann weiß, wie sich diese Sekretionen verändern, wie sie zunehmen oder aufhören, bei selbst geringfügigen, allgemeinen Veränderungen im Organismus, welchen Anteil sie an der Umgestaltung des Zustandes der Hautoberfläche und ihrer Anhänge nehmen, die stets mehr oder weniger darunter leiden.

Bei der Besprechung der Pathogenese der keratophoren Dermopathien, dürfen wir den Zustand der Hautdrüsen, sowie ihre sekretorische und exkretorische Funktion nicht außer Acht lassen, um zu erfahren, welchen Anteil sie am veränderten Verhornungsprozeß nehmen.

Dafs die Talg- und Schweißsekretion in vielen Formen von Hyperkeratose gestört ist, steht heutzutage außer Zweifel. Mit umsomehr Recht können wir diesen Sekretionen eine Bedeutung bei der Entstehung der poralen und follikulären Keratose zuschreiben, insofern als bei der ersteren die Knäueldrüsen verändert sind und die Hyperkeratose gerade den Schweißsporus befällt, während bei der letzteren der Prozeß sich hauptsächlich von der trichterförmigen Einsenkung bis zum Halse abspielt, d. h. in einem Abschnitte des Follikels, der anatomisch und embryologisch mit der dazu gehörigen Talgdrüse eng verbunden ist. Es steht ferner fest, dafs die physiologische Sekretion dieser Drüsen gleichbedeutend ist mit einer fettigen Degeneration des Protoplasma ihrer Zellen, gleichzeitig aber auch eine partielle Verhornung derselben darstellt.⁵⁰

Mit diesen Auseinandersetzungen beabsichtigten wir darzuthun, wie schwierig es sei, aus dem Studium der Keratosen ein einzelnes Argument abzuleiten, das uns für sich allein die Ätiologie und Pathogenese dieser Krankheitsformen erklären könnte. Ihre Auslegung ist nämlich deshalb so schwierig, weil sie unter einem gleichen Gewande, die feineren Merkmale ihrer vielgestaltigen Natur verbergen. Die vorurteilslose Untersuchung der wichtigsten, in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten, mit Einschlufs der zahlreichen isolierten Publikationen über diese oder jene spezielle Form von Keratose, hat uns aber gezeigt, dafs das Suchen nach einer einheitlichen, pathogenen Formel für alle Affektionen nicht nur schwierig ist, sondern auch resultatlos zu werden berufen ist. Es scheint eben nicht, dafs der verborgene Mechanismus ihrer Entstehung stets identisch sein müsse, da im Gegenteile die sichtbaren Ursachen nach denen sie sich entwickeln und durch die sie unterhalten werden höchst mannigfaltige sind.

Die Hyperkeratose kann nämlich bald als eine Krankheit, bald, und zwar am häufigsten, als ein krankhafter Zustand betrachtet werden; bald wieder ist sie auch dies nicht, sondern eine Deformität, wie bei den

⁵⁰ PHILIPSON, Bemerkungen zur Histologie des normalen Sekretes der menschlichen Talgdrüsen. — *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890. Bd. XI. pag. 202.

naevusartigen Formen, oder eine physiologische Anpassung der Epidermis zum Schutze des Hautorgans⁵¹ wie bei den professionellen Keratosen. Wenn sie eine Krankheit darstellt, so folgt sie bald auf einfache äußere Reize, mechanischer, physikalischer oder chemischer Art, bald auf rein innere, infektiös-toxische oder rein toxische Ursachen, öfters aber auf die gleichzeitige Wirkung verschieden kombinierter äußerer und innerer Bedingungen. Ist sie nur ein Symptom, so kann sie als solches zum Bilde der verschiedensten Affektionen gehören, von den gewöhnlichen parasitären Formen, wie z. B. die Dermatomykosen und die Scabies (*Scabies norvegica*) bis zu den Neubildungen. Vor kaum 3 Monaten habe ich ein mehrere Centimeter langes Hawthorn extirpiert, das sich an der Unterlippe infolge einer schlechtgeheilten Kratzwunde entwickelt hatte. Dieses Jahr sah ich ein kleineres Hawthorn auf einem Rinoskleromknoten der Nasenscheidewand entstehen und nach der Extirpation rezidivieren. Im verflissenen Jahre endlich, habe ich ein äußerst hartes, circa 2 cm langes Horn über einem oberflächlichen Epitheliom des Nasenrückens beobachtet, wo es nach der Entfernung rezidierte,

Aus dem an semiologischen, histologischen und ätiologischen Anhaltspunkten reichen Material über die fraglichen Krankheiten erhellt, daß die von den verschiedenen Autoren geäußerten Argumente zur Erklärung ihrer Natur zwar keineswegs verallgemeinert werden dürfen, daß aber jedes für sich einen Teil Wahrheit enthält und insofern einen gewissen Wert besitzt.

Die Ansicht von AUSPITZ, daß die Keratosen einfache Entwicklungsanomalien der Epidermis seien, ist zwar nicht für alle, sondern nur für diejenigen Fälle richtig, welche aus kongenitalen Deformitäten hervorgegangen sind, wie z. B. die verhornten Naevi. Die von UNNA für eine ansehnliche Gruppe von Keratosen verfochtene parasitäre Theorie kann auch nicht für alle Geltung haben, wohl aber ganz entschieden für einzelne derselben, die unzweifelhaft durch epidermophytische Pilze erzeugt sind; wieder für andere kann der keratogene Einfluß äußerer Agentien nachgewiesen werden, die noch einfacherer, d. h. mechanischer oder physikalischer Art sind.

Die Existenz von Keratosen infektiöser oder toxischer Art, wie z. B. der syphilitischen und Arsenikkeratosen, läßt auch die Hypothese von TOMMASOLI wahrscheinlich erscheinen, wonach innere organische Bedingungen und speziell durch diese entstandene autotoxische Substanzen eine analoge pathogene Wirkung entfalten und in einzelnen Fällen das hauptsächlichste ätiologische Moment representieren können.

⁵¹ BLASCHKO, Zur Ätiologie und Pathogenese des Gewerbeekzems; Verhandl. der dermat. Ges. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Ergh. I.

Noch aus zahlreichen anderen Beispielen, die ich hier nicht anführen will, geht hervor, daß die gestörte sekretorische und exkretorische Funktion der Hautdrüsen, die lange Dauer der chronischen, entzündlichen Prozesse oder von Zirkulationsstörungen anderer Art im Bereiche der Kutis, den Verhornungsprozeß in dem Grade verändern können, daß wahre Keratosen entstehen.

Alle diese verschiedenen ätiologischen Momente oder die einzelnen derselben, wenn sie unter einander kombiniert sind oder durch andere, zufällige, unterstützt werden, können zur Pathogenese dieser oder jener Keratose beitragen. Mag sein, daß sie nicht alle gleichwertig sind und daß nur einige zur Entstehung der Dermatoase notwendig sind. Wir wissen aber hierüber noch nichts sicheres, da wir uns bisher noch nicht klar werden konnten, wie sie sich bei der Entstehung der Hyperkeratosis verhalten und da wir nicht wissen, welches die extremen Bedingungen sind, die zur Erzeugung dieser histochemischen Wirkung auf die Epidermiszellen erforderlich sind oder ausreichen. Da aber vom histochemischen Gesichtspunkte die Hyperkeratose einen sehr einfachen Prozeß darstellt, so steht zu erwarten, daß auch die Bedingungen, unter denen sie entsteht, einfache, d. h. derartige seien, daß sie leicht als Folgezustände der verschiedenen biologischen Erscheinungen, welche die Epidermis betreffen können, erkennbar sind. Auch von diesem Standpunkte aus hindert uns nichts, anzunehmen, daß der pathogenetische Mechanismus bei den manigfaltigen Formen der als Keratosen bezeichneten Hautaffektionen ein verschiedener sei.

Die Bezeichnung „Keratosen, worunter man die reinen und die von Keratolyse begleiteten Hyperkeratosen, nicht aber die essentiellen Keratolysen versteht, umfaßt keine natürliche Gruppe von Hautaffektionen, sondern einen Komplex von heterogenen Krankheitsformen, für welche eine allgemeine, praktische Bezeichnung, nur mit Rücksicht auf ein gemeinschaftliches, symptomatologisches Merkmal paßt, welches als deren auffallendste, objektive Manifestation erscheint. Was wir aber hier von den Keratosen im allgemeinen sagen, kann auch für die beschränktere und untergeordnete Gruppe, der poralen und follikulären Keratosen gelten, mit denen wir uns im objektiven Teile unserer Arbeit beschäftigt haben.

Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. März 1897.

(Original-Bericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Herr BRUCK stellt vor der Tagesordnung einen **Fall zur Diagnose** vor. Der Patient ist vor vier Monaten von anderer Seite an einer Phimose operiert worden. Bald darauf zeigten sich Knötchen auf der ganzen Haut, verbunden mit starkem Jucken und mit Haarausfall. Als derselbe vor 14 Tagen in B.'s Behandlung kam, zeigte er wie jetzt an Stelle der Efflorescenzen über den ganzen Körper verbreitete Pigmentierungen; das heftige Hautjucken bestand noch, ebenso die Alopecie, daneben allgemeine Drüsenschwellung und die Kopfhaut war stark infiltriert und mit Schuppen bedeckt. Der sehr intelligente Patient sowohl wie sein bisheriger Arzt bestritten, irgend einen Primäraffekt bemerkt zu haben. Nach Arsenmedikation hat das Jucken jetzt nachgelassen. — Herr JOSEPH schlägt vor, den Patienten nach Vornahme einer antisypilitischen Kur wieder vorzustellen. — Herr ROSENTHAL hält die Diagnose Lues für naheliegend. Hierbei kann auch Jucken auftreten, es kann aber auch accidentell sein. Welcher Art die Efflorescenzen gewesen sind, an deren Stelle man jetzt Pigmentierungen sieht, läßt sich natürlich nicht entscheiden. — Herr SAALFELD hat im Nacken des Patienten kleine glänzende Knötchen bemerkt und hält eine Kombination von Lues mit Lichen ruber planus für vorliegend. — Herr BRUCK hat an eine derartige Kombination gedacht; die Knötchen sehen jedoch bei Tageslicht nicht aus wie Lichen ruber.

Herr LASSAR lädt zur 18. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft ein und teilt mit, daß die Familie des verstorbenen Vorsitzenden Herrn Prof. LEWIN dessen umfangreiche Bibliothek der dermatologischen Gesellschaft zugewiesen habe.

Herr GERSON: Krankenvorstellung. Die vorgestellte Frau leidet an einer Hautaffektion, welche aufgetreten ist, seitdem dieselbe menstruiert ist, und mit dem Genitalapparat in Beziehung zu stehen scheint. Zur Sommerzeit schwillt nämlich nach einem halbstündigen Aufenthalt in der Sonne die Haut ihres Gesichtes und der Hände, überhaupt der unbedeckten Körperteile, intensiv an; es entwickeln sich Blasen bis zu Hühnereigröße, die Patientin bekommt Schüttelfrost und Fieber und muß unter Dyspepsie und Gemütsdepression die nächsten acht Tage im Bett zubringen, während sie eine solche Attaque vollständig erst in vier Wochen überwindet. Die Patientin darf sich im Sommer nicht einmal am offenen Fenster aufhalten, wenn sie nicht von ihrem Leiden befallen sein will. Zur Hervorrufung desselben ist stets Sonnenschein und Wärme erforderlich; im Winter kann sie sich, so viel sie will, im Freien aufhalten, desgleichen im Sommer bei Dunkelheit. Der hier vorliegende Symptomenkomplex stimmt mit keiner der bekannten Formen in allen Punkten überein. Vortragender bittet um die Ansichten der versammelten Herren, speziell auch in therapeutischer Beziehung. — Herr JOSEPH fragt, ob der Urin untersucht sei; er hat in seiner Arbeit über akutes umschriebenes Hautödem auf die paroxysmale Albuminurie aufmerksam gemacht, welche bei seinen Patientinnen während der Menstruation auftrat. Kleine Chinindosen, lange Zeit fortgegeben, haben ihm gute Dienste erwiesen. — Herr ROSENTHAL versteht nicht, in welchem Zusammenhange das Leiden mit den Sexualorganen stehen soll, da es doch lediglich durch die Ein-

wirkung der Sonne hervorgerufen wird. Er hält die Affektion für identisch mit dem von HUTCHINSON beschriebenen **Erythema aestivale**, welches derselbe wegen der Blasen in die Kategorie des Pemphigus brachte, obgleich es mit demselben sonst nichts zu thun hat; auch UNNA hat solche Fälle als *Hydroa puerorum* beschrieben, da er sie nur bei Kindern gesehen; RIEHL als *Hydroa juvenum*. — Herr GERSON findet den Zusammenhang mit dem Genitalapparat darin, daß das Leiden in der Pubertät zuerst aufgetreten ist und damals mit vorübergehendem Erfolge eine Dehnung des Cervix vorgenommen worden ist. — Herr LASSAR hat dieselben Erscheinungen bei einem älteren Herrn beobachtet, der lange Zeit im Süden gelebt hatte. Hier war es jedoch die Kälte, welche, auch experimentell, diese Wirkung hervorbrachte. Ätiologisch war es zweifelhaft, ob die klimatischen Verhältnisse oder eine Austernvergiftung eine Rolle spielten. Jedenfalls half dem Patienten nichts als der Rat BESNIERS, seine Tage in einem wärmeren Klima zu verleben. — Herr ÖSTREICHER rät zu einem Versuche mit Oophorin.

Herr C. BENDA: Demonstration mikroskopischer Präparate. In letzter Zeit haben sich mehrere Arbeiten der allgemeinen Pathologie mit der Frage beschäftigt, ob man bei gewissen Neubildungen wirkliche Epidermidalgebilde oder nur eine zufällige Ähnlichkeit mit solchen anzunehmen habe; und zwar handelt es sich um eine Arbeit von KARL POSNER, der auf **Verhornung** in verschiedenen Gebieten des Körpers hinweist, um eine solche von PAUL ERNST, der bei Cancroid der Lunge wirkliche Horngebilde gefunden hat, und um einen Vortrag BENDAS in der Berliner Medizinischen Gesellschaft über Hirncholesteatome, in welchem er den Nachweis versuchte, daß wirkliche Epidermisbildung vorlag. Das wesentlichste Hilfsmittel hierbei ist der Nachweis des Keratins. Es ist aber sehr schwierig, das Keratin zu identifizieren. ERNST hat als sichere Methode die GRAMSche Färbung angegeben. Allein ebensogut wie mit dieser und der WEIGERTschen Fibrinfärbemethode färbt sich Keratin auch mit der alten WEIGERTschen Nervenmarkfärbung, sowie mit BENDAS Eisen-Hämatoxylinmethode und sogar mit Pikrinsäure. Auffallenderweise läßt sich also Keratin durch tinktoriell so differente Methoden in gleich schöner Weise färben. Die angegebenen Methoden sind also nicht eigentliche Reaktionen auf Keratin, sondern die Eigenart dieses Körpers besteht gerade in seiner Affinität für chemisch ganz heterogene Farbstoffe. Vortragender ist nun bei der Untersuchung eines Tumors, bei welchem er per exclusionem das Vorhandensein von Keratin annehmen mußte, in diagnostische Schwierigkeiten geraten. Es handelte sich um einen kirschgroßen Tumor, der einem jungen Individuum in der Ellenbogengegend extirpiert worden ist. Derselbe saß in ziemlicher Tiefe, mit der Cutis zwar noch zusammenhängend, aber doch wesentlich im subkutanen Gewebe, und war vielfach mit der Umgebung verwachsen. Bei der Besichtigung des frischen, wie des gehärteten Stückes fielen sofort Einsprengungen von kreidiger Beschaffenheit auf. Durch die einschlägigen Reaktionen wurde festgestellt, daß sie weder Fette noch Kalk waren. In dem mikroskopischen Bilde fand er nach gewöhnlicher Färbung mit Hämatoxylin und Eosin Zellen von epithelialem Charakter, die in großen Abschnitten keine Kernfärbung zeigten und sich wie beim Carcinom in dichten Zapfen unregelmäßig in die Tiefe erstreckten. Da sich in dem Zwischenbindegewebe Riesenzellen fanden, so machte er die Tuberkelbacillenfärbung nach EHRLICH. Durch diese wurden nun die in Rede stehenden Zapfen teilweise lebhaft violett gefärbt. Als Träger dieser violetten Färbung nahm er außerordentlich feine und dichte Fasernetze innerhalb der Zellen wahr. Bekanntlich färben sich nun auch die Horngebilde mit der Tuberkelbacillenfärbung, er versuchte also die Hornfärbungen (die GRAMSche, die Eisen-Hämatoxylin- und die WEIGERTsche Nervenfärbung) mit noch besserem Erfolge. Das Auffallende ist die

faserige Beschaffenheit der Zellen. Sie erinnert an die von KROMAYER mit der WEIGERTSchen Fibrinfärbemethode in den tiefen Schichten des Rete Malpighii dargestellten Fasernetze. Die wirklichen KROMAYERSchen Fasernetze in den Retezellen der mitgeschnittenen Epidermis nahmen jedoch die GRAMSche Färbung in den vorliegenden Präparaten nicht an, während sich auch die verhornten Partien der Epidermis intensiv färbten. Vortragender glaubt, daß ursprünglich ein Atherom vorgelegen habe, welches später bösartig degeneriert ist, wobei die Zellzapfen in die Tiefe wucherten, das Bindegewebe einwanderte und die Zellzapfen abkapselte. Die Entstehung der Riesenzellen ist auf den Reiz zurückzuführen, den die Neubildung quasi als Fremdkörper ausübte. Vortragender möchte wissen, ob derartige Knotenbildungen von einem der Herren schon beobachtet worden sind. — Herr HELLER fragt, ob die Verdauungsprobe gemacht sei. Er glaubt, daß die starke Färbbarkeit hier auf eine mangelhafte Verhornung zurückzuführen sei, denn bei seinen Untersuchungen der syphilitischen Keratosen fand er, daß die unvollkommen verhornten Teile die Färbung besser annahmen, als die vollkommen verhornten. — Herr BENDA hat zwar nicht verdaut, aber Alkalien und Säuren angewandt, ohne daß sich die Teile verändert hätten. ERNST hat ähnliches abgebildet, aber nicht mit einer derartigen fibrillären Struktur. Daß es sich um unvollkommene Keratinisierung handelt, glaubt er auch, denn die richtigen Hornzellen färben sich in toto.

Herr TANNHAUSER: a) Demonstration mikroskopischer Präparate. b) Krankenvorstellung. Herr T. demonstriert mikroskopische Präparate zu dem von Herrn BLASCHKO in der Januarsitzung vorgestellten Fall von **Urticaria haemorrhagica**. Er hat eine Quaddel in dem Augenblick exstirpiert, als eine zentrale Hämorrhagie sich zeigte, das Ödem also bereits im Zurückgehen begriffen war, und dieselbe untersucht. Das histologische Bild zeigt, daß der Hauptprozeß in der Cutis sich abspielt und zweierlei erkennen läßt: 1. perivaskuläre Infiltration, 2. Veränderungen des Coriums. Die Gefäße sind in eine Infiltrationsscheide eingebettet, deren Elemente sich schwer analysieren lassen, weil sie in einem dichten Fibrinnetz sitzen, das durch Serum vielfach auseinandergedrängt ist. Die wesentlichen Bestandteile sind jedoch: polynukleäre Zellen von der Größe der weißen Blutkörperchen und große einkernige Zellen von ovaler oder kugelförmiger Gestalt, daneben an der Stelle des Blutaustrittes rote Blutkörperchen. Die Fasern des Coriums sind in der Nähe des Infiltrationsgebietes gequollen und durch das Ödem auseinandergerissen, während die cellulären Elemente dieselben sind. Die großen einkernigen Zellen zeigen zum Teil Mastzellenfärbung und sind ihrer Herkunft nach Bindegewebszellen, welche von der Peripherie nach dem Zentrum des Infiltrationsgebietes hin allmähliche Übergänge von der Spindel- zur Blasenform zeigen. Die Leukocyten stammen aus dem Blute und man kann ihre Wanderung durch die Gefäßwände in den Präparaten verfolgen. Ob Diapedese oder Rhexis vorliegt, ließe sich nicht feststellen, da es sehr schwer ist, bei einer so kleinen Hämorrhagie die Rupturstelle zu treffen. SACK ist dies in mehreren Fällen von Purpura durch tangentialer, der Oberfläche parallele Schnittführung gelungen. Auch ließe sich betreffs der UNNASchen Theorie von der Entstehung der Quaddeln durch Venenspasmus nichts Bestimmtes eruieren, da schon durch die Excision die Verhältnisse verändert werden und auch die tieferen Venen, auf die es ankommt, nicht mit exsidiert waren. Auffallend war auch der Gehalt des Blutes an polynukleären Zellen.

Als dann stellt Herr T. einen 30jährigen Patienten vor, der auf Gesicht und Rumpf, besonders auf dem Rücken, zahlreiche symmetrisch sitzende pigmentlose Geschwülste von miliarer bis Bohnengröße zeigt, die seit sechs Jahren bestehen. Eine mehrere Jahre zuvor acquirierte Lues ist durch energische Kuren geheilt worden.

Vortragender hat einen Tumor ausgeschnitten und zwei Präparate von demselben aufgestellt. Sie zeigen im Stratum papillare und subpapillare eine feinere Faserung als gewöhnlich, sowie ziemlich große, ovale einkernige Zellen. Handelt es sich um entzündliche Bildungen (syphilitische Keloide, Narben) oder um tumorähnliche Hyperplasien? Ihrem ganzen klinischen und histologischen Verhalten nach hält Vortragender sie für multiple, symmetrisch sitzende, **weiche Fibrome**, die möglicherweise an Lymphgefäße, nicht jedoch an Nerven (Nervenfibrome RECKLINGHAUSEN) sich anschließen.

Herr TH. MAYER: Krankenvorstellung. 1. Die 60jährige Patientin zeigt an der Nasenspitze einen etwa kirschgroßen, rötlichen, etwas schuppenden Tumor, der der allmählich in das normale Gewebe übergeht und an der Spitze eine Ulceration trägt mit scharfen Rändern und leicht blutendem Grunde und welcher seit einem halben Jahre bemerkt wird. Die Frau will stets gesund gewesen sein, hat aber in der Mitte ihrer Partus zwei Aborte gehabt und nachher zwei wenig widerstandsfähige Kinder geboren. Das Alter der Patientin, sowie Sitz, Größe, Wachstum und äußere Form lassen zunächst an **Epitheliom** denken, andererseits ist aber die Nase der Prädispositionssitz für **gummöse Prozesse** und die mikroskopische Untersuchung hat in der That ergeben, daß es sich hier um eine Kombination beider Prozesse handelt. Nach dreiwöchentlicher Darreichung von Jodkalium hat sich ein mäßiger Rückgang des Tumors bemerkbar gemacht. Außerdem zeigt die Nase eine weitere Mißbildung dadurch, daß sie am unteren Ende des knöchernen Gerüsts eingesunken ist; auch dieser Veränderung liegt sicherlich ein gummöser, wahrscheinlich periostaler Prozeß im Innern zu Grunde. Eine Röntgenphotographie hat keinen Aufschluß gegeben.

2. Ein $\frac{3}{4}$ Jahre altes Kind bekam vor zwei Monaten nach einer Gastroenteritis zuerst auf den Glutäen, später auf den hinteren Partien der Oberschenkel rote Flecken und Knötchen, welche bald Bläschen zeigten, die sich trübten und ulcerierten. Jetzt sieht man auf Glutäen und unteren Extremitäten ein System von Punkten und Linien, die Figuren von frappanter Regelmäßigkeit bilden. Beobachtet man die zuletzt gekommenen Effloreszenzen, so erkennt man kleine, schwach glänzende, leicht infiltrierte Knötchen mit polygonalem Rande und einer kleinen Delle, also Lichen ruber-Knötchen, die perlschnurartig aneinander gereiht sind. KAPOSI führt bekanntlich diese regelmäßige lineäre Anordnung ätiologisch auf die Kratzlinien zurück, KÖBNER auf nervöse Einflüsse. Hier ist das Jucken nur ganz gering. **Lichen ruber** in diesem Alter ist eine große Seltenheit. — Herr ÖSTREICHER hat Lichen ruber acuminatus bei kleinen Kindern und Säuglingen in letzter Zeit öfters beobachtet. Er wird häufig als chronisches Ekzem behandelt.

3. Der sonst gesunde Knabe zeigt eine **Anomalie der Haarfärbung**, nämlich eine zeitweise auftretende Veränderung derselben. In 3—4 Tagen wird das sonst hellblonde Haar in der Partie hinten an der Nackengrenze rötlich, um dann in einigen Wochen allmählich wieder blond zu werden. Diese Veränderung zeigte sich zuerst vor drei Jahren in der Rekonvaleszenz von Masern, dann nach einem halben Jahre und einem Jahre, sowie jetzt vor mehreren Wochen wieder, ohne daß man einen Grund zu finden wußte. Alopecie ist nicht voraufgegangen. Einige Psychiater haben von ähnlichen Farbenveränderungen des Haares bei Paralytikern je nach dem Wechsel der maniakalischen und melancholischen Zustände sowie bei Epileptikern nach den einzelnen Krampfanfällen berichtet. Bei dem Knaben liegt keine nervöse Störung vor, nur hat er bei der vorletzten Attaque über große Empfindlichkeit der Kopfhaut geklagt. Unter dem Mikroskop zeigt das veränderte Haar nur eine geringe Verminderung des in der Rinde abgelagerten Pigmentes.

Herr SCHREIBER: Zur **Diagnostik der Zungen-Affektionen**. Die durch Lues

und Merkur auf der Zunge hervorgebrachten Bilder bereiten oft gegenüber den zahlreichen anderen Zungenaffektionen große diagnostische Schwierigkeit. SCH. hat deshalb aus der Sammlung der LASSARSchen Klinik eine Anzahl wohlgelungener Wachspräparate mitgebracht, sowie mehrere Patienten mit Zungenaffektionen bestellt, um so eine ganze Reihe interessanter syphilitischer Veränderungen nebeneinander demonstrieren zu können. Ein Primäraffekt auf der Zunge ist übrigens in der LASSARSchen Klinik noch nicht zur Beobachtung gekommen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. November 1896.

(*Brit. med. Journ. of Derm.* Dezember 1896.)

Dr. DENT stellt ein 19jähriges Mädchen mit **Lupus der Beine** vor. Von Interesse ist, daß drei Schwestern der Patientin ebenfalls an Lupus leiden und daß sie stets zusammen geschlafen haben.

Dr. MORRIS erwähnt, daß diejenigen Lupusfälle, welche vor einigen Jahren mit Tuberkulin behandelt worden sind, sich in der Mehrzahl gegenwärtig in einem besseren Zustande befänden als jene, welche diese Behandlung nicht durchgemacht hätten.

Dr. C. FOX weist gelegentlich der Vorstellung eines Falles von **Dermatitis herpetiformis**, der stellenweise das Bild der Dermatitis exfoliativa darbot, auf die Thatsache hin, daß man in England in Fällen sicher diagnostizierter Dermatitis herpetiformis zwei Typen erkrankter Stellen unterscheiden könne. In dem einen pflegten sich Haufen von Bläschen ohne exzentrische Ausbreitung zu entwickeln, in dem anderen entwickelte sich eine Efflorescenz und breite sich exzentrisch aus, wodurch nach und nach Ringe von Bläschen entstanden, welche einem Herpes iris oder einer Impetigo herpetiformis ähnlich sähen.

Dr. M. MORRIS zeigt gefärbte mikroskopische Präparate von einem Falle von **Sykosis** und bemerkt, daß es nach seinen Erfahrungen nur selten gelänge, die sog. grobssporigen Parasiten in den Haaren von Sykosisfällen zu finden. Dieser Bemerkung widersprechen sehr lebhaft die Dres. ADAMSON, C. FOX, PRINGLE.

Dr. PAYNE stellt ein 17jähriges Mädchen mit skrophulösen Geschwüren am Halse, Rücken, an Schultern und Schlüsselbeinen und gleichzeitig mit Anzeichen eines bestehenden Lupus unterhalb des rechten Ohres vor. Der Fall soll gewisse kontrastierende Merkmale von **Scrofuloderma** und **Lupus** illustrieren.

Dr. PRINGLE zeigt einen eigentümlichen, hartnäckigen **Fall von seborrhoischer Dermatitis** bei einem 17jährigen, sonst gesunden Individuum. Der Ausschlag begann an den Waden, befiel dann die Arme und schließlich den ganzen Körper. Die Haut des Patienten hat das Aussehen einer permanenten „Gänsehaut“. Der Ausschlag bestand im Beginn aus prominierenden, blassen, bräunlich-roten, konischen oder abgestumpften Papeln, die sämtlich follikulären Ursprunges, aber nicht hornig waren. Im weiteren Verlaufe wurden die Papeln heller rot, schließlich bildeten sich unregelmäßig gestaltete Gruppen von Papeln auf geröteter Basis, von denen viele mit dünnen, festhaftenden, fettigen Talgdrüsenschuppen bedeckt waren; einige der regulär ovalen Gruppen erinnerten an Pityriasis rosea. Eine Woche später entwickelte sich auf dem Kopfe eine Seborrhoea sicca; das Gesicht zeigte zahlreiche wie verschorfte Stellen.

Dr. PRINGLE demonstriert 2. einen 40jährigen Schneider mit einem **recidivierenden, desquamativen Hautausschlage im Anschluß an Influenza**; 3. einen 43jährigen Mann mit **Erythema multiforme bullosum**; 4. einen **Fall von typischem chronischen Lichen planus mit ungewöhnlicher Verteilung der Läsionen innerhalb des Mundes**.

C. Berliner-Aachen.

Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau.

Sitzung vom 13. März 1896.

J. E. WLADIMIROV: Ein Fall vorschneller physischer Entwicklung eines sechsjährigen Mädchens. K., gebürtig aus dem Moskauer Gouvernement, wurde in das pädiatrische Hospital des Hl. Wladimir wegen rhachitischer Erscheinungen an der unteren Extremität gebracht. Nach den Angaben der Mutter war bei der Geburt des Kindes nichts Besonderes beobachtet worden. Es wurde von der Mutter genährt; ein Jahr alt, machte es die ersten Gehversuche. Im Alter von $4\frac{1}{2}$ Jahren bemerkte die Mutter das Auftreten von Schamhaaren am Mons veneris, bald darauf begannen die Brüste zu schwellen. Das Alter des Kindes (6 Jahre und 7 Monate) ist durch die betreffenden Dokumente sichergestellt, sein Wuchs beträgt 121 cm. Der Kopfumfang 50, Brustumfang 66, Bauchumfang 59; Körpergewicht 27 500 g. Das Kind ist blutarm, aber gut genährt; die Muskulatur gut entwickelt, die Haut rein; deutliche Anzeichen der Rhaehitis an den Knochen des Schädels, des Brustkorbes und besonders der unteren Extremitäten; geringe Skoliose. Am linken Fuß sechs Zehen. Innere Organe vollkommen normal. Stimme und Gesichtsausdruck entsprechen dem Alter, während Wuchs, Körpergewicht und die übrigen Masse einem ca. 9jährigen Kinde entsprechen. Die Geschlechtsteile haben die Entwicklung wie bei einem 15—16jährigen Mädchen. Die Mammæ von der Größe einer Apfelsine, hängen etwas herab. Der Mons veneris ist ziemlich dicht mit 2—5 cm langen Haaren bedeckt. Die großen und kleinen Labien, die Klitoris und das Hymen sind normal und wie bei einem erwachsenen Mädchen entwickelt. Das Hymen ist ringförmig, in seine Öffnung läßt sich das erste Glied des Zeigefingers einführen. Vor dem Eintritt ins Hospital war eine Sekretion einer blutigen Flüssigkeit aus den Geschlechtsteilen beobachtet worden, die vier Tage andauerte. Das Selbstfinden war die ganze Zeit über ein völlig gutes. Die psychische Thätigkeit ist völlig normal. Das Schamgefühl ist nicht dem Alter entsprechend entwickelt; ungern läßt sich das Kind entkleiden, scheut vor der Untersuchung der Brüste und der Geschlechtsteile zurück. Anzeichen von irgend einem Wollustgefühl fehlen, geschlechtliche Erregung ist nicht nachweisbar.

N. MÜLLER bemerkte, daß außer der frühzeitigen sexuellen Entwicklung besonders augenfällig die vorgeschrittene allgemeine physische Entwicklung sei. Beachtenswert sei ferner, daß gewöhnlich bei Individuen mit zu frühzeitiger Entwicklung der Sexualorgane ein Zurückbleiben der psychischen Thätigkeiten zu konstatieren sei, und daß andererseits jene Kinder nicht langlebig zu sein scheinen, die eine zu frühzeitige Entwicklung zeigen. MÜLLER fügte mehrere Beispiele dafür aus der Litteratur an.

Sitzung vom 25. September 1896.

P. MICHAILOW: Ein Stein in der Urethra eines Mädchens. A. R., 12 Jahre alt, trat ins Hospital der Hl. Olga ein mit Klagen über Störungen und Schmerzen beim Harnlassen. Nach den Worten der Mutter hatte die Krankheit begonnen, als das Kind 3 Jahre zählte. Früher waren mit dem Urin kleine weiche Steinchen entleert worden. In der letzten Zeit kann Patientin den Harn gar nicht mehr halten, der tropfenweise abfließt und die umliegenden Teile heftig reizt. Die Epidermis der äußeren Geschlechtsteile ist stark gereizt. Der Harn fließt aus der Urethra unaufhörlich ab. Der Harn ist trübe, reagiert alkalisch, mit ammoniakalischem Geruch und enthält Eiweiß, im Satz Schleim und Blut. Der Stein, der im Halsteile der Urethra sich befand, wurde ohne Mühe entfernt. Es war ein Phosphatsteine, mürbe, 5 cm lang. Der Umfang desselben betrug 6 cm, sein Gewicht 12,8 g. Das Mädchen verblieb 25 Tage im Hospital. Die Störungen der Harnfunktion verringerten sich allmählich, tagsüber urinierte es in letzter Zeit vollkommen normal, nachts manchmal

ins Bett. In der russischen Litteratur gelang es Autor nicht, dergleichen Fälle aufzufinden. Was überhaupt die Steinkrankheit bei Mädchen betrifft, so kommen nach den Angaben des Kinderhospitals der Hl. Olga auf 283 Fälle 6 auf diese. Das läßt sich daraus erklären, daß aus der Harnblase bei weiblichen Individuen die Steine meist selbst leicht die Urethra nach außen hin passieren können.

N. N. ALEXEJEW: **Zur Kasuistik der Spätform der hereditären Lues.** Der Knabe, 12 Jahre alt, trat am 10. Juli 1896 ins Kinderhospital des Hl. Wladimir, mit Klagen über Schmerz und einer Geschwulst in der Gegend der Leber. Die Geschwulst war zufällig von ihm entdeckt worden. Der Vater starb an Tuberkulose, die Mutter negiert Lues, doch ist der Nasenknochen verdächtig zusammengefallen. Aborte waren nicht gewesen. Der Knabe hatte Masern durchgemacht und war sonst stets gesund gewesen, ist gut entwickelt und genährt, doch sind die sichtbaren Schleimhäute blaß. Nirgends Spuren von Syphilis; nur die cervikalen Lymphdrüsen sind etwas geschwellt. Die Leber ist bedeutend vergrößert, hart und läßt sich in der Mamillarlinie 6 cm unter dem Rippenrand durchfühlen. Die Oberfläche des rechten Leberlappens ist höckerig; auf dem linken Lappen lassen sich zwei bewegliche, runde Geschwülste palpieren; außerdem fühlt man unter dem unteren Rande des linken Lappens drei bewegliche Geschwülste, die zugleich mit der Leber sowohl nach oben als nach unten verschoben werden können. Auf Druck ist die Leber schmerzhaft. Die Milz ist etwas geschwollen. Die übrigen Organe normal. Bei Feststellung der Diagnose mußte man per exclusionem vorgehen. Gegen eine maligne Neubildung sprach der ganze Verlauf und die Abwesenheit kachektischer Anzeichen. Die Form der Geschwülste erinnerte gering an die Echinokokkenblasen, und nur bei der gummösen Leberaffektion, wo bindegewebige Hypertrophien und narbiges Gewebe entsteht, kommen derartige bewegliche Gebilde zu stande. Am 15. Juli begann Patient 0,9 Kali jodati täglich einzunehmen, vom 20. Juli bis 30. August bekam er täglich 1,5 dieses Medikamentes. Während dieser Behandlung nahm die Schmerzhaftigkeit allmählich ab und die Höcker schwanden. Die Größe und Festigkeit der Leber gingen zurück. Auf der Oberfläche des linken Lappens verkleinerte sich die Geschwulst bedeutend; zwei Monate nach Behandlung ließen sich unter dem linken Leberlappen keine beweglichen Geschwülste mehr nachweisen, und wurde der Knabe als genesen bezeichnet.

WLADIMIROW sprach in der Diskussion die Ansicht aus, der Knabe hätte vielleicht gleich nach der Geburt das kondylomatöse Stadium durchgemacht, das die nicht sonderlich aufmerksamen Eltern übersehen haben mochten, woher man denn auch nicht sicher behaupten könne, hier eine Spätform hereditärer Lues vor sich zu haben.

KÜSSEL begreift nicht, wie ein soweit fortgeschrittenes Leberleiden keine Rückwirkung auf den Allgemeinzustand des Patienten habe hervorrufen können.

ALEXEJEW erinnerte daran, daß bei Aufnahme ins Krankenhaus eine Blässe der Schleimhäute konstatiert wurde, die aber jetzt normale Färbung angenommen hätte.

Sitzung vom 6. November 1896.

SYLA-NOVITZKY: **Über die Behandlung von Verbrennungen mittelst Pikrinsäure.** Bei Verbrennungen ist Pikrinsäure zuerst von Prof. THIERY in Frankreich angewandt worden. Besonderes Lob spendet dieser Methode der englische Kinderchirurg POMER, der folgende Lösung anwendet: Pikrinsäure 5,0, Spiritus vini 80,0, Aq. destill. 1000,0. Eine Gazebinde, mit dieser Flüssigkeit durchtränkt, wird auf die gereinigte und gewaschene verbrannte Hautstelle gelegt; darauf eine Schicht Watte und der Verband. Derselbe bleibt drei Tage unverändert, worauf man ihn abnimmt (mit derselben Flüssigkeit benetzend) und einen zweiten Verband bis zur vollen Ver-

heilung anlegt. Beobachtungen hatte Autor an acht Kindern im Alter von 7 Monaten bis zu 10 Jahren im Ambulatorium des Kinderhospitals der Hl. Olga angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der oben beschriebene Verband stillt den Schmerz schon dadurch teilweise, daß der Verband so selten gewechselt zu werden braucht.

2. Die Sekretion ist eine sehr geringe.

3. Wirkt begünstigend auf Heilung per primam.

4. Giebt eine gute, glatte Narbe.

5. Ist praktischer, weil er weniger Verbandstoff erfordert.

Zu den Nachteilen gehört das Ruinieren der Wäsche und der Hände, sowie die Unmöglichkeit, das Mittel an einigen Körperstellen beim Kinde anzuwenden.

G. GORJATSCHKIN hat in zwei Fällen die beschriebene Methode angewandt (an Erwachsenen) und war mit den erhaltenen Resultaten vollkommen zufrieden geblieben.

W. SERENIN hat sie gleichfalls in zwei Fällen angewandt, aber keine Vorzüge vor den anderen üblichen Methoden finden können.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Amerikanische dermatologische Gesellschaft.

20. Jahresversammlung, abgehalten zu Hot Springs am 8., 9. und 10. September 1896.

Dr. J. C. WHITE-Boston macht einige **Bemerkungen über Dermatitis venenata**, die sein im Jahre 1887 erschienenenes Werk über diesen Gegenstand ergänzen sollen. Er erwähnt unter anderen Pflanzen als Dermatitis erzeugend: die *Pastinaca saliva*, *Hamamelis Virginica* und *Ostrya Virginica*. Vortragender hat ferner Fälle von Dermatitis beobachtet, die durch anilinschwarz gefärbte Hemden entstanden war.

In der Diskussion werden auch schwarz gefärbte Socken als Ursache einer Dermatitis angeführt.

Dr. MORROW findet es nicht für gerechtfertigt, eine Idiosynkrasie gegen verschiedene Substanzen als Hauptursache von artificiellen Exanthenen anzunehmen. Weit häufiger, als man es glaube, seien äußere Irritanten an der Entstehung derselben schuld.

Dr. J. M. WINFIELD-Brooklyn spricht über einen **favusähnlichen Ausschlag der Mundschleimhaut, verursacht durch Aspergillus nigrescens**. Die 27jährige, früher stets gesunde Patientin zeigte bei der ersten Besichtigung durch den Vortragenden an der linken Seite des harten Gaumens eine ödematöse, knotige Stelle, welche mit einer schwach haftenden Membran bedeckt war, deren Farbe ein gelbliches Favuscutulum vortäuschte. Die mikroskopische wie bakteriologische Untersuchung eines Stückchens des geschwellenen Gewebes ergab die Anwesenheit des als *Aspergillus nigrescens* bekannten Pilzes. Syphilis hat die Patientin nie gehabt. Therapeutisch that *Hydrogenium peroxydatum* gute Dienste.

Dr. J. C. WHITE: **Über den Einfluß der Nahrung und des Alkohols auf die Entstehung und den Verlauf des Ekzems und der Psoriasis**. Der Vortragende gelangt auf Grund zahlreicher Beobachtungen zu der Ansicht, daß im ganzen der Einfluß der Nahrung und des Alkohols auf das Ekzem und die Psoriasis nicht sehr bedeutend sei, jedenfalls viel geringer, als gemeinlich angenommen wird.

In der Diskussion teilen die meisten der anwesenden Mitglieder nicht die Ansicht des Vortragenden, während einige wenige, unter ihnen Dr. MORROW, sich mit den Ausführungen WHITES einverstanden erklären.

Dr. J. T. BOWEN-Boston: **Mykosis fungoides und Sarkomatosis cutis**. Der Vortragende beschreibt zwei sehr eingehend beobachtete Fälle, welche die Schwierig-

keit der Unterscheidung einer Mykosis fungoides von einer Sarcomatosis cutis illustrieren sollen. Ferner berichtet er über zwei typische Fälle von Pseudo-Leukämie, bei welchen Knoten, die an Prurigo-HEBRA lebhaft erinnerten, vorhanden waren. Die mikroskopische Untersuchung eines dieser Knötchen habe identische Strukturverhältnisse ergeben, wie sie LELOIR und KROMAYER bei der wahren Prurigo vorgefunden haben.

Eine pathologische und klinische Klassifikation der Hautkrankheiten stellt Dr. L. A. DUHRING auf. Er teilt dieselben in neun Klassen: 1. Anämien; 2. Kongestionen; 3. Entzündungen; 4. Hämorrhagien; 5. Neurosen; 6. Hypertrophien; 7. Atrophien; 8. Neubildungen; 9. Krankheiten der Anhänge der Haut. Band 14. Dezember 1896.

Über einige Dermatosen in Anwesenheit einer Glykosurie spricht Dr. C. W. ALLEN-New York. Er erwähnt unter anderen einen Ausschlag, der die Kopfhaut, die Streckseiten der Arme, Oberschenkel, Beine, die Dorsalfächen der Hände und Füße ergreift und aus runden, im Zentrum ausgehöhlten oder mit Krusten bedeckten, zentral vertieften, der Acne varioliformis Hebrae gleichenden Efflorescenzen besteht. Eine andere Form von Läsionen, welche im Zusammenhange mit einem hohen Zuckergehalt des Urins auftritt, beschreibt Vortragender als akute, multiple Gangrän der Haut, von sehr oberflächlicher Natur. Die Ulcerationen breiten sich peripherisch aus, haben eine graugelbe Basis, aus welcher die Papillen als rote Punkte hervorragen. Wo viele solcher Läsionen bestanden haben, bleiben pigmentierte Stellen zurück.

Der Vortragende berührt die meisten bisher bereits bekannten Hautaffektionen, welche im Gefolge von Glykosurie resp. Diabetes auftreten.

Dr. WHITE betont besonders das akute Ekzem an den Genitalien diabetischer Frauen.

Dr. MORROW glaubt, man könne alle diese Ausschläge bei Glykosurie erklären wie viele andere Arzneiexantheme, die durch die Anwesenheit einer fremden im Blute zirkulierenden Substanz hervorgerufen würden. Bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von Furunkulosis und Karbunkeln in Verbindung mit Glykosurie erwähnt Redner, daß nach einer sehr sorgfältigen Schätzung volle 34% aller Fälle von Furunkeln und Karbunkeln durch Zucker im Urin resp. im Blute verursacht würden.

Einen **Fall von Xanthoma diabeticorum** bei einer Frau beschreibt Dr. ROBINSON-New York. Die Patientin hat nie Gelbsucht gehabt, wohl aber in den letzten 10 Jahren an Gallensteinen gelitten. Von Interesse ist in diesem Falle, daß trotz des typischen Xanthoma diabeticorum kein Zucker im Urin gefunden wurde.

Dr. MORROW und Dr. ALLEN machen darauf aufmerksam, daß viele derartiger Patienten an intermittierender Glykosurie leiden, und daß die Untersuchung des Urins auf Zucker wiederholentlich und zu verschiedenen Tageszeiten besonders am Morgen vorgenommen werden sollte.

Über einen Fall von hypertrophischer Rosacea (Pachydermatosis), welcher einer Knotenlepra glich und mit Thyroidextrakt geheilt wurde, spricht sehr ausführlich Dr. DYER-New Orleans.

Dr. L. A. DUHRING spricht über die **Beziehung der Dermatitis herpetiformis zum Erythema multiforme und zum Pemphigus**. Das Resultat seiner Betrachtungen faßt der Vortragende in folgenden Schlußsätzen zusammen: 1. Dermatitis herpetiformis ist in den meisten Fällen eine wohldefinierte Krankheit mit ziemlich konstanten klinischen Merkmalen; 2. sie erinnert mehr an das Erythema multiforme, als an irgend einer anderen allgemein anerkannten Affektion; 3. die Blasenvarietät ähnelt dem Pemphigus, unterscheidet sich jedoch von diesem durch den eigentümlich

entzündlichen und herpetiformen Charakter ihrer Efflorescenzen, durch die Tendenz zum Polymorphismus, durch die regellose und eigentümliche Evolution der Efflorescenzen und endlich durch ihre Ursache.

Dr. WHITE stimmt mit den Konklusionen des Vorredners nicht ganz überein. Er möchte für die Bezeichnung „herpetiformis“ besser „multiformis“ gesetzt sehen, 1. wegen der großen Mannigfaltigkeit der Efflorescenzen und 2. wegen der Variationen, in welchen die Krankheit, namentlich bei verschiedenen Recidiven, an demselben Individuum sich äußert.

Dr. ALLEN hält die Bezeichnung „herpetiformis“ ebenfalls für nicht sehr glücklich und schlägt vor, die Krankheit als „DUHRINGSche Krankheit“ zu benennen. — Derselbe beschreibt einen **Fall von Impetigo contagiosa universalis** bei einem kleinen Mädchen. Die Affektion begann als eine Rötung um die Vaccinationsnarbe. Vom Arm schritt die Affektion auf die Schultern und schließlich auf alle Körperteile. Einige Blasen sind groß und hinterlassen tief pigmentierte Flecken. Der ganze Prozess erinnert lebhaft an Pemphigus und ist von anderen Autoren als Pemphigus contagiosus, epidemischer Pemphigus etc. beschrieben worden.

Die Behandlung, unter welcher die Affektion abheilte, bestand in Bepinselungen mit Ichthyolkollodium, welches einen vollständigen Verschluss gegen die Außenluft bildete.

C. Berliner-Aachen.

Sachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 38. Heft 2. 1897.

I. Ein Fall von Hautaktinomykose mit großen Jodkaliumdosen behandelt, von ADOLF KOZERSKI-Warschau. Die 45jährige Patientin zeigt an der linken Wange eine dunkelrote, cyanotische, stark infiltrierte, die Form eines gleichseitigen, mit der Basis nach vorn gewendeten Dreiecks bildende Hautpartie. Hyperämie und Infiltration verlieren sich gegen die Peripherie hin allmählich. Die Haut über den affizierten Stellen ist leicht verschiebbar, mit den Knochen nicht verwachsen, glatt, glänzend, von mäßig harter Konsistenz, nicht schmerzhaft, hier und da mit großen membranösen Schuppen bedeckt. Quer ungefähr durch die Mitte der Wange sieht man die oberen Hautschichten wallartig erhaben. Der so gebildete ca. 2—5 mm breite Wulst verläuft wellenartig, ist weich und deutlich fluktuierend. Die Sonde dringt leicht durch einige punktförmige Öffnungen in das Innere des Ganges bis zu seinen Endigungen hinein. Nach oben und unten fast bis zur Grenze der erkrankten Partie laufen in wellenförmigen Windungen kürzere, mit den anderen kommunizierende Fisteln. Dicker, gelblicher Eiter, welcher die Fistelgänge ausfüllt und ihnen eine graugelbliche Farbe verleiht, lässt sich durch zahlreiche punktförmige Öffnungen herauspressen. Die Untersuchung der Mundhöhle ergibt, dass fast alle Zahnkronen zerstört sind. Die Schleimheit selbst zeigt keine Veränderungen. Die Affektion verursacht der Patientin keine Schmerzen.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose, für die besonders Syphilis in Betracht kam, und die Therapie. In ganz auffallender Weise hat hier Jodkalium

Gutes geleistet. Nach dreiwöchentlicher Behandlung mit steigenden Jodkaliumdosen war die linke affizierte Wange vollständig frei von Infiltrationen und blafs-rötlich gefärbt. An der Stelle der früheren Fisteln sieht man weiße flache Stränge, die teilweise das Aussehen einer Narbe haben, hart sind und sich durch eine in ihr Inneres eingeführte PRAVAZsche Spritze nicht mit Flüssigkeit füllen lassen.

Im Folgenden wird das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Eiters und der Reinzüchtungsversuche mitgeteilt.

Die Schlussfolgerungen aus seinen Beobachtungen hebt Verfasser in folgenden Sätzen hervor:

1. Bei reiner Infektion mit dem Aktinomycespilze ohne Teilnahme der gewöhnlichen eitererregenden Bakterien ist der Eiter, welcher dabei secerniert wird, nicht immer dünnflüssiger Konsistenz.

2. Der Aktinomycespilz ist im stande, allein, ohne Beimischung der gewöhnlichen Mikroorganismen, Eiterung hervorzurufen.

3. Die Einwanderung der gewöhnlichen eitererregenden Mikroorganismen in die Herde der Aktinomykose tötet nicht den Pilz derselben ab; im Gegenteil, es können Bedingungen durch dieselben hervorgerufen werden, welche die Entwicklung des Aktinomycespilzes begünstigen (mindestens, wenn die Körpertemperatur dabei nicht erhöht bleibt).

4. Die mikroskopische Untersuchung mittelst Methoden, nach welchen der Aktinomycespilz nicht gefärbt wird, kann in manchen Fällen der Aktinomykose unzureichend sein.

5. In Fällen, in welchen die Diagnose zwischen Aktinomykose und Syphilis tarda schwankt, ist es unzulässig, die Diagnose ex juvantibus zu stellen, besonders wenn Jodkalium zur Behandlung gebraucht wurde.

6. Angesichts der wachsenden Zahl der Fälle, in welchen das Jodkalium entweder definitive Heilung oder bedeutende Besserung herbeiführte, wäre es zweckmäßig, in jedem Falle von Aktinomykose mit dieser Behandlungsmethode zu beginnen.

II. Über Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen, von K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M. Die Wucherungen der Haut nach Blasen-, resp. Pustelerkrankungen sind zum ersten Male von NEUMANN im Jahre 1876 beschrieben worden. Sie bilden kein spezifisches Moment einer Krankheit und können deshalb auch nicht, wie dies einige Autoren beispielsweise beim Pemphigus vegetans annehmen, zur Aufstellung besonderer Erkrankungsformen Anlaß geben. In Übereinstimmung mit KAPOSI glaubt Verfasser, daß die Vegetationen nur eine Komplikation der primären Blasenerkrankung seien. Solche Wucherungen entstehen jedoch nicht nur auf der Basis von Blasen und Pusteln, sondern auch auf dem Grunde von Excoriationen der Haut oder excorierten Papeln. Als weitere Stütze für die Nichtspezifität der Vegetationen beschreibt Verfasser drei Fälle von Impetigo contagiosa, zu der sich Wucherungen hinzugesellt hatten. Quecksilberpflaster und Zinkpasta wirkten in diesen Fällen gut.

Die mikroskopische Untersuchung der Wucherungen hat als wesentlichsten Befund Veränderungen in der Epidermis ergeben, die vorzüglich eine Zone mitten im Rete Malpighii betreffen. Diese Zone hebt sich, wie man schon bei schwacher Vergrößerung wahrnehmen kann, ziemlich scharf gegen die benachbarten Zelllagen dadurch ab, daß in ihr bloß die Zellkerne sich tingiert haben, während das Protoplasma ungefärbt geblieben ist. Im Zentrum der Wucherung, also da, wo die Epidermis am stärksten ist, erreicht die Zone des veränderten Protoplasmas ihre größte Breite, während sie an der Peripherie derselben allmählich schmaler wird, um zuletzt vollkommen zu verschwinden.

Bei stärkerer Vergrößerung und Thionin-Orceinfärbung bemerkt man, daß die Zone aus zwei Schichten besteht, von denen die untere 2—3, die obere 3—5 Zelllagen umfaßt. In der unteren Schicht ist das Protoplasma aller Zellen entweder gar nicht oder mit Orcein in einer schmalen Randzone nur leicht rosa gefärbt. An vielen Stellen bemerkt man zwischen den Zellen kleinere und größere Lücken.

In der oberen Schicht ist das Protoplasma wenn auch schwach, so doch gleichmäßig mit Orcein gefärbt. Das Tinktionsvermögen der Kerne, die überall ihre Gestalt verändert haben, hat in beiden Schichten der Zone nicht gelitten.

Bei dem Versuche, diese in der Litteratur ganz ungewöhnliche anatomische Veränderung des Protoplasmas zu deuten, gelangt Verfasser unter Ausschluss der Annahme einer hyalinen Degeneration zur Ansicht, daß eine Einwirkung des bei den Wucherungen vorhandenen Ödems auf den Zelleib stattgefunden habe.

Die Frage, ob man das Vorhandensein des so eigentümlich veränderten Protoplasmas für die mikroskopische Diagnose verwerten könnte, beantwortet Verfasser dahin, daß man angesichts solcher Befunde berechtigt sei, Wucherungen der Haut nach Blasenerkrankung als vorliegend anzunehmen, da man ein Ödem, das so hochgradige Veränderungen in der Epidermis hervorruft, bis jetzt nur nach Blasenerkrankungen der Haut kenne.

III. Weitere Mitteilungen zur Pathologie der Hyphomykosen, von L. WAELSCH-Prag. In der vorliegenden Arbeit behandelt der Verfasser die Anatomie der Pityriasis versicolor. Die Ergebnisse, welche er aus seinen anatomischen Untersuchungen über den Favus, die verschiedenen Formen der Trichophytosis und die Pityriasis versicolor erhalten hat, fasst er in folgenden Satzsätzen zusammen:

1. Der Favus, die Trichophytosis und die Mykosis versicolor sind durch ihre klinischen Symptome scharf charakterisierte Krankheitsbilder.

2. Jeder dieser Krankheiten liegt als Erreger ein Pilz zu Grunde, welcher jeder für sich wohl charakterisiert, doch bezüglich seiner makro- und mikroskopischen Wachstumsform, Pathogenität und biologischen Verhaltens sehr variabel erscheint.

3. Der Pilz lokalisiert sich in den in Verhornung begriffenen oder bereits verhornten Schichten der Epidermis und ergreift auch, mit Ausnahme des Mikrosporon furfur die Anhangsgebilde der Haut (Haare, Nägel). Er verschont jedoch in den letzteren auch die saftreicheren Teile.

4. Die unter dem Stratum corneum befindlichen Epithelschichten bilden für den Krankheitserreger einen undurchdringlichen Wall.

5. In das Corium gelangt der Pilz nur auf dem Wege des erkrankten Follikels nach entzündlicher Auflockerung oder Zerstörung seiner Wände (Sykosis parasitaria).

6. Durch das Wachstum in der Haut ruft er verschieden hochgradige Entzündung hervor. Die beiden Endglieder der Reihe dieser verschiedenen Entzündungsgrade sind gegeben, einerseits durch geringe Hyperämie und Exudation (Mykosis versicolor), andererseits durch schwere destruktive Entzündung mit Bildung tiefer, knotiger Infiltrate (Sykosis parasitaria).

7. Die Schwere der Entzündung, welche neben den makroskopisch sichtbaren Charakteren (der Bildung größerer Pilzrasen [Favusscutulum], des Abbrechens der Haare [Trichophytia capillitii], der Entstehung brauner lamellöser Schuppen [Mykosis versicolor]) das klinische Bild kennzeichnet, hängt ab von der Art des Pilzes, seiner Abstammung (Virulenz), der Empfänglichkeit der befallenen Hautpartie für die Pilzvegetation, sowie von ihrem normal-anatomischen Bau.

8. Die einer ätiologisch zusammengehörigen Krankheitsform zukommenden verschiedenen Krankheitsbilder rechtfertigen vermöge ihrer klinischen Eigenart ihre

strenge klinische Sonderung, wenn auch die ihnen zu Grunde liegenden, scheinbar sehr differenten Krankheitserreger sich auf eine einheitliche Grundform (Species) zurückführen lassen.

IV. Über einen Fall von multipler Hautgangrän, von M. HINTNER-München.

Der Verfasser teilt zunächst die spärlichen, bisher in der Litteratur publizierten Fälle von multipler Hautgangrän in ganz kurzen Auszügen mit und beschreibt dann einen analogen Fall aus seiner Praxis. Es handelt sich bei dem letzteren um ein 21jähriges, anämisches, nervös stark belastetes Mädchen, bei welchem nach einer Verbrennung an der linken Hand, zuerst auf den linken Arm beschränkt, dann aber multipel über den ganzen Körper verbreitet, unter heftigen, stechenden Schmerzen blasenartige Eruptionen kleinerer oder größerer Form auftreten. Im weiteren Verlaufe tritt bei den am linken Arm befindlichen Bläschen nach Entleerung des Inhalts eine Verfärbung des Grundes ein, er vertrocknet und es bildet sich dann ein Schorf; dieser fällt nach einer geraumen Zeit ab, nachdem er sich durch eine Demarkationsentzündung gelockert hat. Der Defekt heilt langsam mit Bildung von Narbenkeloiden. Bei den auf den übrigen Körperstellen auftretenden Blasen zeigt sich ein etwas anderes Bild. Die strotzend mit rein serösem und serös hämorrhagischem Inhalt gefüllten Blasen bersten nach kurzer Zeit (1—2 Tagen); dadurch wird nur das Corium frei gelegt, der Grund der Blase bedeckt sich mit Granulationen, und die Heilung erfolgt ohne Schorfbildung.

Eine Selbstbeschädigung glaubt Verfasser bei seiner Patientin ausschließen zu können und nimmt trophoneurotische Störungen als Ursache des Krankheitsprozesses an.

V. Histologische Studien über das *Eccema marginatum* (HEBRA), von EDUARD SPIEGLER-Wien. Über die pathologische Anatomie des *Eccema marginatum* sind bis jetzt eingehendere Untersuchungen nicht angestellt worden. Verfasser hat es deshalb unternommen, in einer Reihe von Untersuchungen die histologischen Verhältnisse näher kennen zu lernen. Das Resultat derselben wird folgendermaßen zusammengefaßt:

Die Knötchen des *Eccema marginatum* kommen in mannigfacher Form vor.

1. Man findet Knötchen, deren Inhalt in toto aus spindelförmigen Zellen besteht.

2. In anderen Knötchen hat sich ein Teil des Inhaltes in ein Syncytium umgewandelt.

3. In einer dritten Form von Knötchen ist der ganze Inhalt in ein Syncytium umgewandelt.

4. Diese verschiedenen Formen stehen miteinander in genetischem Zusammenhange.

5. Das Syncytium besteht aus unverhornten Zellen, wie dies die Behandlung mit Kalilauge und die künstliche Verdauung bewiesen hat. Die Bildung des Syncytiums dürfte auf die Lebensfähigkeit des Pilzes zurückzuführen sein.

6. Synchronisch mit der Bildung des Syncytiums entsteht unter dem Knötchen successive eine neue Hornschicht, durch welche das Knötchen abgehoben wird.

7. An manchen Körperstellen sieht man zwischen dem Knötchen und der Körnerschicht einen schmalen Saum, der als „Stratum lucidum“ anzusprechen ist, und zwar an Hautstellen, wo normalerweise diese Schicht fehlt. Dies kommt daher, daß die Bildung der neuen Hornschicht außerordentlich langsam vor sich geht.

8. Außer den geschilderten Knötchen kommen noch solche vor, deren Inhalt aus geronnenem Exsudat besteht, in das ein zelliges Infiltrat und Zelltrümmer ein

gelagert sind. Dasselbe stammt aus der Cutis und dringt durch die erweiterten Spalträume in die Knötchen ein.

9. In solchen Knötchen sind einzelne Bezirke voneinander getrennt durch Hornbalken, die von der neuen Hornschicht zur alten verlaufen.

10. Der Pilz findet sich nur im Knötchen und dringt niemals ins Rete, beziehungsweise ins Corium ein.

VI. Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis, von J. S. LÖBLOWITZ-Prag. Der Verfasser teilt die Krankengeschichten derjenigen Fälle mit, bei welchen man in Prof. PROKS dermatologischer Abteilung unter der Behandlung mit Airol sei es zu einem positiven oder negativen Resultate gekommen war. Die exulcerierte Initialsklerose wurde in der Weise behandelt, daß das Geschwür energisch mit Äther und einem Antiseptikum (Sublimat 1:1000) gereinigt, dann kartenblatt dick mit Airol bestreut wurde; darüber kam graues Pflaster. Diese Prozedur wurde zweimal täglich vorgenommen. Gewöhnlich am 2. oder 3. Tage war das Geschwür von jedem Belage frei. In den folgenden Tagen verminderte sich stetig die Sekretion; die Geschwüre erschienen rein, trocken, glänzend, wie mit Lack überzogen, ohne eine Spur von Granulationsbildung zu zeigen; in diesem Zustande verblieb das Ulcus durch kürzere oder längere Zeit; dann zeigten sich Granulationen, welche den Substanzverlust ausfüllten.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen teilt Verfasser in folgenden Sätzen mit: Das Airol ist ein Antiseptikum, das für gewöhnlich vollständig ausreicht; bedarf man jedoch einer energischen, antiseptischen Wirkung, so wird man doch wohl zum Jodoform zurückgreifen müssen; dagegen ist das Airol ein ausgezeichnetes Adstringens, es ist ferner geruchlos und sehr billig. Aus diesen Gründen wird das Airol einen dauernden Platz in unserem Arzneischatze behalten, wenn es auch das Jodoform nicht ganz zu verdrängen im stande sein wird.

VII. Notiz über angebliche Syphilis im Mittelalter, von H. VIERORDT-Tübingen. Verfasser weist nach, daß die Angabe in FRIEDRICH SCHNURRERS „*Chronik der Seuchen*“ (Tübingen 1825), König Lothar sei am 12. März 988 an einer venerischen, nicht pestilentialischen Beule, welche ihm von seiner Gemahlin mitgeteilt worden war, gestorben, und ebenso die analoge Angabe in PROKSCHS *Geschichte der venerischen Krankheiten* (Bonn 1895) eine irrige sei. SCHNURRER entnahm seine Stelle dem „*Abrégé chronologique de l'histoire de France*“ des FRANÇOIS MEZERAY (Amsterdam 1688). Dort heißt es: „Ce fut un grand malheur dans la maison royale et un plus grand encore de ce que Lotaire mourut le 12 jour de mars l'année suivante (988) de quelque mauvais boucon, qui luy avoit esté donné par sa propre femme. „Boucon“ ist aber kein Bubo, eine venerische Beule, sondern ein vergifteter Bissen. Es handelt sich bei dem vorliegenden geschichtlichen Faktum nicht um eine venerische Übertragung, sondern um eine wirkliche Vergiftung, um ein Verbrechen. Darauf weisen auch die nachstehenden Verse unter Lothars Bild in dem erwähnten Werk von MEZERAY hin:

On ne peut arrester le cours des destinées;
J'estois religieux, brave, juste et prudent,
Et ne pus éviter le tragique accident
D'un boucon, dont ma femme accourcit mes années.

VIII. Über Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus, von E. HAMMER-Stuttgart. Der Verfasser giebt einen Überblick über seine zweijährige Thätigkeit als Polizeiarzt und Vorstand der Prostituiertenabteilung in Stuttgart und besonders über die in diesem

Zeitraum auf dem Boden NEISSERScher Anschauungen gewonnenen Erfahrungen. Er plaidiert dringend für gewissenhafte regelmäßige mikroskopische Untersuchung des Urethral- und Cervikalsekretes aller der polizeiärztlichen Kontrolle unterstellten Dirnen. Von allgemeinem Interesse ist die Wahrnehmung des Verfassers, daß der Gonococcus in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur bei ausgesprochen eiterigem Charakter des mikroskopischen Präparates vom Urethralsekret sich vorfindet, bei rein epithelialeem aber fast niemals. Nur selten begegnet man Gonokokken in einer Mischung, in der die Epithelialzellen überwiegen. Wichtig ist das Verhältnis der Eiterzellen und Epithelzellen bei Feststellung der Heilung der Blennorrhoe. Unter dem Einfluß der Behandlung werden die Gonokokken meist bald nicht mehr nachweisbar, lange ehe die Blennorrhoe geheilt ist. Das einzig zuverlässige Kriterium für die Heilung der Urethralblennorrhoe ist nach der Überzeugung des Verfassers das, daß mehrmals vollständiges Verschwinden der Eiterzellen aus dem mikroskopischen Präparate konstatiert worden ist.

Wir verweisen im Übrigen auf diese an interessantem statistischen Material reiche Arbeit des Verfassers.

C. Berliner-Aachen.

Verschiedenes.

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Braunschweig, 20.—25. September 1897.

Die unterzeichneten Mitglieder des Vorstandes der Abteilung für **Dermatologie und Syphilis** beehren sich, die Herren Fachgenossen zu der vom 20.—25. September hier stattfindenden Jahresversammlung ergebenst einzuladen.

Wir bitten, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Mitte Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen, da den allgemeinen Einladungen, welche von den Geschäftsführern Anfangs Juli zur Versendung gebracht werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigegeben werden soll.

Für Mittwoch, den 22. September, ist von Seiten der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe des wissenschaftlichen Ausschusses eine gemeinsame Sitzung aller sich mit der Photographie wissenschaftlich beschäftigenden oder dieselbe als Hilfsmittel der Forschung benutzenden naturwissenschaftlichen und medizinischen Abteilungen in Aussicht genommen, für die Herr Prof. H. W. VOGEL in Charlottenburg den einleitenden Vortrag über den heutigen Stand der wissenschaftlichen Photographie zugesagt hat. An denselben sollen sich Berichte über die von anderen Seiten gemachten Erfahrungen anschließen; auch soll eine Ausstellung wissenschaftlicher Photographien damit verbunden werden, deren Organisation Herr Prof. MAX MÜLLER hierselbst übernommen hat. Die Anmeldung von Mitteilungen für diese Sitzung und von auszustellenden Photographien erbitten wir gleichfalls bis spätestens Mitte Mai.

Zugleich ersuchen wir, uns etwaige Wünsche in Betreff weiterer gemeinsamer Sitzungen mit einzelnen anderen Abteilungen kundgeben und Beratungsgegenstände für diese Sitzungen nennen zu wollen.

Der Einführende:

Dr. med. ALFRED STERNTHAL,
— Wolfenbüttlerstrasse 58, II.

Die Schriftführer:

Dr. med. HERMANN HELLER, Dr. med. MAX ZIEHM,
Sandweg 3, I. Steinweg 26.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.





Leicht lösliches
Adstringo-Antisepticum,
wirksam bei eiternden
Wunden, Abscessen,
Höhlenwunden, bei En-
dometritis gonorrhoea,
einfachem Fluor, bei
acuten oberflächlichen,
wie chronisch-infiltrirten
Hautentzündungen
etc. etc.

ALUMNOL

(patentirt und Name
geschützt)

(Dr. Heinz & Dr. Liebrecht.)

Geschlechtliche
Krankheiten.
Hautkrankheiten.
Ohrenleiden.

Geruchloses Wundheilmittel,
in den meisten Fällen Jodoform
ersetzend.

Aussererlich: Ein austrock-
nendes, die Wundheilung beför-
derndes Trockenantisepticum.
Ungiftig. Streupulver verdünnt
oder mit Amylum aa. Salben.
Dermatol-Collodium-Emulsion.
Fussstreupulver. Dermatolgaze.

Innerlich: Bei Magen- und
Darmerkrankungen. Nach Prof.
Colasanti (Rom) das beste und
sicherwirkendste Antidiarrhoi-
cum der Neuzeit; drei- oder
viermal täglich ein Gramm oder
eine kleine Messerspitze.



DERMATOL

(Dr. Heinz &
Dr. Liebrecht.)

Wunden.
Nässende Hautaffectionen.
Anfreibungen, nässende
Stellen, Wundsein der
Frauen und Kinder,
Wolf etc.
Diarrhoe.

Loretin - Natrium

leicht wasserlöslich, zum
Ausspülen eiternder
Wundflächen u. Höhlen-
wunden, bei Gonorrhoe
etc., zu Gurgelungen bei
Mund- und Rachenaffek-
tionen, zur Anlegung
feuchter Verbände.

Loretin

(patentirt und Name geschützt)

(Jodoxychinolinsulfosäure)
und seine Salze sind
absolut ungiftig, geruch- u. reiz-
los; von höchst antisept. Wirkung.
Beste Ersatzmittel für Jodoform.
Loretingaze kann, ohne
an ihrer Wirksamkeit zu
verlieren, bis auf 180°
erhitzt, also vollkommen
sterilisirt werden.

Loretin - Wismut

unlöslich in Wasser, in
der chirurgischen Praxis,
speciell bei Augen-Er-
krankungen u. innerlich
als Magen- und Darm-
desinficienz mit hervor-
ragendem Erfolg ange-
wandt.

Sanoform ein neues Ersatzmittel für JODOFORM

(zum Patent angemeldet und Name geschützt).

Erfindung von Dr. A. GALLINEK und Dr. E. COURANT.

Herr Dr. med. Alfred Arnhelm, Berlin, resumirt seine Beobachtungen über Sanoform wie
folgt: „Wir haben in dem Sanoform zweifellos ein zuverlässiges Ersatzmittel des Jodoforms für
die Behandlung frischer und eitriger Wunden und der Ulcera genitalia. Das Medicament steht in
Bezug auf die Heilwirkung dem Jodoform nicht nach, ist diesem jedoch überlegen insofern, als es
im Gegensatz zu diesem völlig geruchlos, ungiftig ist und keinerlei locale und allgemeine Intoxi-
cations-Erscheinungen hervorruft.“

Literatur über vorstehende Präparate u. Proben stehen auf Wunsch gratis zur Verfügung.

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Über Gasphlegmonen.

Von

Dr. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

Mit 3 chromolithographischen Tafeln. Preis M. 4.—.



Ichthyol

wird mit Erfolg angewandt:

bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Gonorrhoe**, bei **Krankheiten der Haut**, der **Verdauungs- und Circulations- Organe**, bei **Lungen-Tuberculose**, bei **Hals-, Nasen- und Augen-Leiden**, sowie bei **entzündlichen und rheumatischen Affectionen** aller Art, theils

in Folge seiner durch **experimentelle und klinische Beobachtungen** erwiesenen **reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften**, andernteils durch seine die **Resorption befördernden** und den **Stoffwechsel steigernden Wirkungen**.

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

**Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermann & Co.,
Hamburg.**

Ueberfettete neutrale u. alkalische

Stück-u. Pulver-Seifen

werden

nach

Angabe

des Herrn Oberarzt

Dr. J. Eichhoff in Elberfeld

nur allein
hergestellt
durch die
Seifenfabrik
von

Ferd. Mülhens
Glockengasse N^o 4711
KOELN a/ RH.

Listen und Indications-
Verzeichnisse der
über 130 verschiedenen
Sorten versendet die
Fabrik auf Verlangen.

den Herren Aerzten u. Apothekern gratis u. franko.

Zeitschrift für **Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane.**

In Gemeinschaft mit

S. Exner, E. Hering, J. v. Kries, Th. Lipps, G. E. Müller, C. Pelman,
W. Preyer, C. Stumpf

herausgegeben von

Herm. Ebbinghaus und Arthur König.

Sechs Hefte bilden einen Band. Preis des Bandes M. 15.—.

Originalabhandlungen der letzten beiden vollständigen Bände (XII u. XIII):

J. v. KRIES und W. NAGEL. Über den Einfluss von Lichtstärke und Adaptation auf das Sehen des Dichromaten (Grünblinden). — TH. LIPPS. Die geometrisch-optischen Täuschungen. — FR. THOMAS. Ein weiteres Beispiel von Assoziation durch eine Geruchsempfindung als unbewusstes Mittelglied. — KARL MARBE. Neue Methode zur Herstellung homogener grauer Flächen von verschiedener Helligkeit. — J. v. KRIES. Über die Wirkung kurzdauernder Lichtreize auf das Sehorgan. — RICHARD SIMON. Zur Lehre von der Entstehung der koordinierten Augenbewegungen. — E. ROEMER. Zur Frage der psychischen Zeitmessungen bei Geisteskranken. — ELSE KÖTTGEN und GEORG ABELSDORFF. Absorption und Zersetzung des Scherpurps bei den Wirbeltieren. — STEPHAN WITASEK. Über willkürliche Vorstellungsverbindung. — JULIUS MERKEL. Die Abhängigkeit zwischen Reiz und Empfindung. — GUILLERY. Vergleichende Untersuchungen über Raum-, Licht- und Farbensinn in Zentrum und Peripherie der Netzhaut. SIGM. EXNER. Über autokinetische Empfindungen. — WILIBALD A. NAGEL. Über kompensatorische Raddrehungen der Augen. — ERNST BURMESTER. Beitrag zur experimentellen Bestimmung geometrisch-optischer Täuschungen.

JOH. FRIEDRICH. Untersuchungen über die Einflüsse der Arbeitsdauer und der Arbeitspausen auf die geistige Leistungsfähigkeit der Schulkinder. — K. UEBERHORST. Eine neue Theorie der Gesichtswahrnehmung. — J. MOURLY VOLD. Einige Experimente über Gesichtsbilder im Traum. — MAX MEYER. Über die Rauigkeit tiefer Töne. — FR. BEZOLD. Demonstration einer kontinuierlichen Tonreihe zum Nachweis von Gehördefekten, insbesondere bei Taubstummten, und die Bedeutung ihres Nachweises für die Helmholtzsche Theorie. — THEODOR HELLER. Über Aphasie bei Idioten und Imbecillen. — GUILLERY. Weitere Untersuchungen über den Lichtsinn. — J. v. KRIES. Über Farbensysteme. — L. WILLIAM STERN. Psychische Präsenzzeit. — H. EBBINGHAUS. Über eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten und ihre Anwendung bei Schulkindern. — TH. EISENHANS. Nachtrag zu Ebbinghaus' „Kombinationsmethode“. — BREUER. Über den Einfluss des Makulapigments auf Farbengleichungen.

Die Zeitschrift enthält außerdem einen sehr reichhaltigen und gründlichen Litteraturbericht, ganz eingehende Besprechungen besonders hervorragender Werke und jährlich eine Bibliographie der gesamten einschlägigen Litteratur. Der Stoff ist nach folgenden Abteilungen geordnet: I. Allgemeines. II. Anatomie der nervösen Zentralorgane. III. Physiologie der nervösen Zentralorgane. IV. Sinnesempfindungen. Allgemeines. V. Physiologische und psychologische Optik. VI. Physiologische und psychologische Akustik. VII. Die übrigen spezifischen Sinnesempfindungen. VIII. Raum, Zeit, Bewegung, Zahl. IX. Bewusstsein und Unbewusstes, Aufmerksamkeit, Schlaf, Ermüdung. X. Übung, Assoziation und Gedächtnis. XI. Vorstellungen, Erkenntnislehre, Sprache. XII. Gefühle. XIII. Bewegungen und Handlungen. XIV. Neuro- und Psychopathologie. XV. Sozialpsychologie, Sittlichkeit und Verbrechen.

Probeheft unentgeltlich. — Postzeitungsliste 1897, No. 8075.

Argonin

bewährtes Mittel gegen Gonorrhoe.

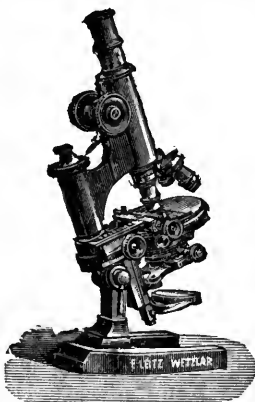
Argonin wurde von einer Reihe angesehener Dermatologen geprüft. Es ist **das einzige Mittel**, welches in **kurzer Zeit** die **Krankheitserreger der Gonorrhoe beseitigt**, ohne die Schleimhaut der Harnröhre zu reizen. **Völlig unschädlich, schmerzlos.**

Anleitung zur Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin sowie Proben stehen Aerzten und Apothekern gratis zur Verfügung.

[401.]

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.



E. LEITZ

Wetzlar.

Filialen: Berlin N.W., Luisenstrasse 29,
New York 411 W., 59 Str.

Mikroskope

**Mikrotome, Lupen-Mikroskope,
Mikrophotographische Apparate.**

Über 38 000 Leitz-Mikroskope im Gebrauch.
Deutsche, englische und französische Kataloge No. 36 kostenfrei.

Laboratoriums-Mikroskop nach Dr. P. G. Unna: Stativ mit
engl. Fuss, festem Tisch, Federklemme, Mattscheiben. Objectiv 3, 6 und
 $\frac{1}{12}$ Oel-Im. Oculare I, III, V etc. M. 3 5 5.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Dr. Karl Szadek (Kiew):

Index Bibliographicus Syphilidologiae.

I—V, enthaltend die Litteratur der Jahre 1886—1890.

Preis je M. 1.50.

Index Bibliographicus Dermatologiae.

I u. II, enthaltend die Litteratur der Jahre 1888 resp. 1889.

Preis je M. 1.50.

Mitteilungen

aus den

Hamburgischen Staatskrankenanstalten

herausgegeben von

Professor Dr. LENHARTZ, Direktor des Alten Allgemeinen Krankenhauses,

Professor Dr. RUMPF, Direktor des Neuen Allgemeinen Krankenhauses,

sowie den Ärzten der Anstalten

unter Redaktion von

Professor Dr. RUMPF in Hamburg - Eppendorf.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Die *Mitteilungen* Band I. bilden gleichzeitig den wissenschaftlichen Teil der *Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten* Band V.

Die *Mitteilungen* erscheinen in zwanglosen Heften.

Inhalt von Heft 1:

Zur Einführung. Von Prof. Dr. RUMPF. S. 1.

Carl Eisenlohr †. Von Dr. NONNE. S. 3.

Die Ergebnisse der Diphtheriebehandlung mit Behring'schem Heilserum im Neuen Allgemeinen Krankenhaus. Von Prof. Dr. RUMPF und Dr. BIELING. S. 20.

Carcinome in den ersten beiden Lebensdecennien. Von Dr. DE LA CAMP. S. 41.

Über einen tödlich verlaufenen Fall von Myoma ventriculi. Mit einer Abbildung im Text. Von Dr. KEMKE. S. 54.

Über multiple narbige Dünndarmstrikturen. Mit zwei lithographischen Tafeln. Von Dr. EUG. FRAENKEL. S. 61.

Ein Beitrag zur klinischen Symptomatologie der Hirn-Sinus-Thrombose. Von Dr. NONNE. S. 75.

Zur Kasuistik später Folgen verschluckter Fremdkörper. Von Dr. GRAFF. S. 85.

Über primäre durch Ureter- und Nierenbeckenstrikturen bedingte Hydronephrosen. Mit drei Abbildungen im Text. Von Dr. SUDECK. S. 96.

Preis des ersten Heftes M. 4.—.

Bestellungen nehmen die meisten Buchhandlungen des In- und Auslandes entgegen, ebenso die Verlagsbuchhandlung von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34. Heft 1 wird auch zur Ansicht gesandt.

Vasogen



emulgirende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind Lösungsmittel für verschiedene Medicamente, wie Jodoform, Jod etc. Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äusserlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (durch Harn-Analysen erwiesen) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 $\frac{1}{2}$ u. 3 $\frac{0}{0}$,	Jod 3, 6 u. 10 $\frac{0}{0}$,	Kresot 5, 20 u. 33 $\frac{1}{3}$ $\frac{0}{0}$,
Guajacol 20 $\frac{0}{0}$,	Ichthyol 10 $\frac{0}{0}$,	Creolin 15 u. 5 $\frac{0}{0}$,
Eucalyptol 20 $\frac{0}{0}$,	Salicyl 2 $\frac{0}{0}$,	Menthol 25 u. 2 $\frac{0}{0}$ etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als

überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgirende und die meisten Medicamente

lösende oder in feinsten Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die überaus leicht von der Haut resorbirbaren 33 $\frac{1}{3}$ und 50 $\frac{0}{0}$ Hg.-Vasogensalben sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Chemische
Rhenania



Fabrik
Aachen.

Nosophen.

Ungiftiges geruch- und reizloses
Antisepticum, austrocknend, granu-
lationsbildend.

Nosophengaze sterilisirbar.

Antinosin.

Wundheilmittel bei phlegmonösen
Processen, Ulcus molle etc. in
Lösungen bei Gonorrhoe, Cystitis
etc.

Amyloform.

Chemische Verbindung von Formaldehyd mit Stärke.

Absolut unschädlich, geruchlos und nicht reizend. Zersetzungs hindernd, Secretionshemmend. Spaltet unter Einfluss von Wund- und Körpersecreten freien Formaldehyd ab. Wegen voll-
ständiger Resorption des Amyloforms ist Borkenbildung und damit verbundene Retention aus-
geschlossen. Bei starker Secretion ist für genügende Erneuerung des Amyloform zu sorgen.

10% Amyloformgaze { sterilisirbar, zur Tamponade
grosser Körperhöhlen vorgezogen.

Substanzprospecte und Literatur gratis
zur Verfügung der Herren Aerzte.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

— Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —

Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller **Separatabzüge, Dissertationen, Monographien** u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34, ergebnis ersucht. *Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — außer an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzer in Bremen, Kaiser Wilhelm-Platz 1, eingesandt werden.*

MOORBÄDER IM HAUSE.



Einziger natürlicher Ersatz

for

Medicinal-Moorbäder

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Serophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismen, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Mattoni's Moorsalz

trockener Extrakt

in Kistchen à 1 Kilo.

Mattoni's Moorlauge

flüssiger Extrakt

in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni

FRANZENSBAD, WIEN (Tuchlauben, Mattonihof), KARLSBAD, BUDAPEST.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogen-Handlungen.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Zur Epithelfaserfrage. Von KROMAYER. (Mit Tafel X.) S. 449. — Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten. Von DOMENICO MAJOCCHI. S. 460.

Versammlungen. Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie. S. 470.

Besprechungen. HEINR. BERGER, Die Hygiene in den Barbierstuben. S. 472. — COUILLAND, Dystrophia papillaris et pigmentaria (Akanthosis nigricans) und ihre Beziehungen zur Carcinomatose der Bauchhöhle. S. 473. — WILHELM FLEISS, Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. S. 473. — PAUL THIMM, Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten nebst einer kurzen Kosmetik für Ärzte und Studierende. S. 474. — MAX JOSEPH, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende. S. 475. — R. LEDERMANN, Dermato-therapeutisches Vademecum. S. 475.

Mitteilungen aus der Litteratur. Pharmakologie. S. 475. — Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates. S. 480.

Verschiedenes. Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Untersuchungen der Bubonenpest in Bombay. S. 493. — Die Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking. S. 494. — Personalia. S. 496. — XII. Internationaler medizinischer Kongress in Moskau. S. 496.

Achsendrehung des Hodens 490.

Airol 477.

Akanthosis nigricans 473.

Alopecie, Diffuse totale, und Ansteckung 471.

Amyloform in der Chirurgie 477.

Blase, Die entnervte 484.

— Muskelschichten der, und die Struktur des

Sphinkter internus 484.

— durch das Cavum ischio-rectale zu eröffnen

488.

Blasendrainage 488.

Blasenentzündung, Auskratzung der Blase in hartnäckigen Fällen von 486.

Blasenruptur 485.

Blasenstein, Voluminöser 484.

Bubonenpest in Bombay, Bakteriologische Untersuchungen über die 493.

Cystitis, Anwendung des Verweilkatheters bei akuter 486.

Dermato-therapeutisches Vademecum 475.

Ductus ejaculatorii, Frühzeitiger Verschluss der 491.

Dünndarmpillen und -Kapseln 477.

Dystrophia papillaris et pigmentaria und Carcinomatose der Bauchhöhle 473.

Entfernung einer in der Blase zurückgebliebenen Bougie conductrice 484.

Enuresis 484.

— bei Kindern 485.

Epididymitis, Hysterische 492.

— Primäre gummöse 491.

Epithelfaserfrage, Zur 449.

Epitheliome, Gutartige cystische 471.

Ester des Cholestearins, Künstlich hergestellte 477.

Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking 494.

Formaldehyd-Casein 479.

Fremdkörper in der Harnröhre 482.

— — und Blase 483.

Gelanthum 478.

Harnröhrenruptur bei einem Radfahrer 482.

Harnröhrenruptur während des Coitus 482.

— Behandlung durch sofortige Naht und Drainage der Blase 482.

Harnröhrenstein 483.

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch der 475.

Hodenprothesen 491.

Hodenschmerz 490.

Hydrocele, Ruptur der Tunica vaginalis bei der 493.

— Verkalkung der Tunica vaginalis als Komplikation einer alten 492.

— Injektionen von Jodoformäther bei 493.

Hygiene in den Barbierstuben 472.

Jodoformvergiftung 479.

Jodolpflaster bei venerisch-syphilitischen Krankheiten 460.

Ischurie, Nicht obstruktive 485.

Kahlheit, Parasitärer Ursprung der 470.

Kastration in der Wirkung auf die Entwicklung des Knochensystems 491.

Kongress in Moskau, XII. Internationaler medizinischer 496.

Kosmetik 474.

Loretin 479.

Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren mit Ektopie eines Hodens 490.

Messingring 12 Jahre im Penis eingeschlossen 483.

Nase und weibliche Geschlechtsorgane 473.

Personalia 496.

Pflasterpapiere 479.

Quecksilber-Sublimatlösungen 480.

Reducierende Hellmittel, Neue Thatsachen über 475.

Samenblasen, Physiologie der 488.

Samenkörper, Entstehung der 489.

Schanke, Multiple 470.

Schilddrüse, Wirksame Substanz in der 480.

Sectio alta, Hinzufügung eines ein- oder zweiseitigen queren Schnittes zur medianen 488.

Spermatorrhoe, mit dem Psychrophor behandelt 491.

Streptokokkenimpetigo, Hypertrophische Narben nach 470.
 Striktur, Resektion der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler 481.
 Strikturen der Urethra des Weibes 480.
 — Elektrolyse bei der Behandlung der 481.
 Syphilis 471.
 Syphilitischer Schanker beider Mandeln 470.
 — — der Conjunctiva bulbi 471.
 Therapie der Haut- u. Geschlechtskrankheiten 474.

Thiol und Ichthyol 460.
 Tuberkulöse Orchitis, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt 492.
 Tuberkulose der Blase 487.
 — — Exstirpation der Blasenschleimhaut wegen 488.
 Ulceration unbekannter Natur 471.
 Urticaria 470.
 Zwischenzellen des Hodens 469.

Autoren-Register.

(* bedeutet Original-Artikel).

- | | | | |
|--------------------|-------------------|----------------|----------------|
| Audry 485. 488. | Edmondson 490. | Laur 471. | Reynolds 487. |
| Baizer 470. | Feulard 471. | Ledermann 475. | Rörig 483. |
| Barbulde 483. | Flies 473. | Lemonnier 470. | Roswell 492. |
| v. Bardeleben 489. | Fournier 471. | Levin 488. | Sabouraud 470. |
| Baumgarten 484. | Ganz 482. | Loison 483. | Santi 477. |
| Berger 472. | Gibert 482. | Longard 477. | Schuls 486. |
| Binaud 490. | Grifon 470. | Loumeau 491. | Sheen 490. |
| Bohl 479. | d'Haenens 481. | *Majocchi 460. | Stein 485. |
| Brocq 471. | Hahn 477. | Martin 484. | Surveyor 493. |
| Burdet 493. | Halsted 492. | Matignon 494. | Thimm 474. |
| Burnett 491. | Hunsemann 489. | Moniot 482. | Toussey 482. |
| Cappelen 481. | Hausmann 477. | Morel 492. | Unna 475. 478. |
| Chavannaz 490. | Herzheimer 479. | Mots 486. | Valude 471. |
| Childe 493. | Holgerstedt 485. | Muren 480. | Verhooen 484. |
| Le Clerc 491. | Hutchinson 480. | *Parona 490. | Versari 484. |
| Cormack 479. | Joseph 475. | Petrini 470. | Weir 482. |
| Covilland 473. | Jullien 470. | Poncet 491. | Williams 485. |
| Cramer 485. | Kleinwächter 480. | Ponsard 493. | Wurth 479. |
| Dawbarn 488. | *Kromayer 449. | Reule 491. | v. Zeissl 484. |
| Delagenière 488. | Lainé 471. | Rehfsch 488. | v. Zeynek 480. |

Ausschließliche Inseraten-Annahme durch
 Annoncen-Bureau **Karl Wipplinger, Berlin SW., Dessauerstr. 39/40.**

W. MIELCK

Schwan-Apotheke

Hamburg

empfiehlt

Gelanthum nach Dr. Unna

D. R. G. 10 780

neue, ideale Grundlage für wasserlösliche Hautfirnisse,
 rasch trocknend

(s. Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 73, Jahrg. XVII)
 ferner:

Dünndarm-Pillen, Hautleime,
 Salbenmulle, Pflastermulle,
 Ueberfettete Seifen, Sapo Hydrarg.

sowie sämtliche übrigen Präparate nach
 Dr. Unna.

Valentine's Meat Juice

Generaldepot für Deutschland.



Proben sämtlicher Präparate stehen den Herren
 Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

Paraplaste.

Neue **impermeable** Kautschukpflaster von bedeutender Klebkraft, seidenglänzendem, **der Hautfarbe nahe kommendem Aussehen.** Empfohlen von **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXIV, No. 7.

No. 250.	Paraplast c.	Acid. salicyl.	40 %
" 251.	Paraplast c.	{ Acid. salicyl. 10 "	
		{ Empl. saponat. — "	
" 252.	Paraplast c.	{ Acid. salicyl. 40 "	
		{ Extr. Cannab. 10 "	
" 253.	Paraplast c.	Chrysarobin.	40 "
" 254.	Paraplast c.	Hydrargyro	65 "
" 255.	Paraplast c.	{ Hydrargyro 50 "	
		{ Acid. carbol. ca. 7,5 "	
" 256.	Paraplast c.	Ichthyol.	40 "
" 257.	Paraplast c.	Pyrogallol.	40 "
" 258.	Paraplast c.	Resorcin.	50 "
" 259.	Paraplast c.	Zinc. oxyd.	40 "
" 260.	Paraplast c.	{ Zinc. oxyd. 30 "	
		{ ol. cadin. 15 "	
" 261.	Paraplast c.	{ Zinc. oxyd. 40 "	
		{ Hydr. oxyd. v. h. p. ... 2 "	

Ungt. Caseini D. R.-P.

Wasserlösliche Fettsalbengrundlage für trocknende Salben, empfohlen von **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Band XX, No. 6, als Basis von Zink, Zink-Schwefelsalben gegen Gesichtsekzeme, Rosacea, Acne, von Theer- und Ichthyolsalben gegen juckende Dermatosen, von Perubalsam gegen Scabies, ferner als reizloses Deckmittel bei verschiedenen Hautkrankheiten.

Aromatische Kali chloricum-Zahnpasta

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis
in **Tuben à 1 Mk.**

Guttaperchapflastermulle, Salbenmulle, Ueberfettete Seifen, Zinkleim, Suspensorien, Comedonenquetscher, Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika
bei **Lehn & Fink, New York.**

Zur Epithelfaserfrage.

Von

Privatdozent Dr. KROMAYER
Halle a./S.

(Mit Tafel X.)

Als es mir vor einigen Jahren gelungen war, das Epithelfasersystem der menschlichen Epidermis in ganzer Ausdehnung mittelst einer Modifikation der WEIGERTSchen Fibrinfärbemethode prägnant zu färben,¹ begegnete ich anfänglich vielseitigem Widerspruch, daß die von mir gefärbten Fasern Protoplasmafasern der Epithelien seien.

HERXHEIMER,² der als erster geschlängelte Fasern in der normalen Epidermis mit der WEIGERTSchen Methode gefärbt und beschrieben hatte, gab zwar zu, daß in meinen beim Leipziger Dermatologen-Kongress 1891 gezeigten Präparaten Epithelfasern vorhanden wären, daß das aber nicht die von ihm beschriebenen Fasern seien. EDDOWES³ und UNNA deuteten die geschlängelten Fasern, die vorzüglich in den unteren Schichten des Epithels verlaufen, als intercelluläres Fibrin, einer Ansicht, der auch JADASSOHN⁴ zuneigte, während EHRMANN⁴ die in Rede stehenden Fasern unter sieben (!) verschiedene Rubriken mit noch einigen Unterabteilungen brachte und für alles mögliche hielt. Waren die EHRMANNschen Angaben schon von vornherein als auf einem Mangel an mikroskopischer Diagnostik und Beurteilung beruhend anzusehen, so war es doch schwer bei dem difficiilen Färbeverfahren, das so verschiedene Resultate giebt, das Unzutreffende der übrigen mir entgegenstehenden Ansichten zu beweisen. Um so mehr bin ich erfreut, daß ich durch Arbeiten von BENEKE,⁵

¹ Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890 und Die Protoplasmafärbung der Epithelzelle. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 39.

² Über eigentümliche Fasern in der Epidermis. *Arch. f. Derm.* 1889.

³ *Diese Zeitschrift.* Bd. XI. S. 89.

⁴ *Verhandl. d. dtsh. dermat. Gesellsch.* 1892. S. 307.

⁵ *Verhandl. d. Gesellsch. dtsh. Naturf. i. Wien.* 1894.

UNNA,⁶ HERXHEIMER und MÜLLER,⁷ SCHÜTZ⁸ und RABL⁹ dessen überhoben bin. Heute wird von diesen Autoren und, ich glaube, allseitig anerkannt und zugegeben, daß alle in der normalen Epidermis mit dem WEIGERTschen Verfahren darstellbaren Fasern dem Protoplasma der Epithelien angehören. Nur über die Bedeutung und die Lage der Fasern im Epitelprotoplasma bestehen Meinungsverschiedenheiten. Diese zu erörtern und einiges Neue hinzuzufügen, ist der Zweck des Nachfolgenden.

Die Differenzen betreffen folgende Punkte:

1. Die geschlängelten und korkzieherartig gewundenen Fasern, die wesentlich in der Cylinderzellenschicht vorkommen, sind gar keine Fasern, sondern Zellkonturen (HERXHEIMER).

2. Die Fasern der Stachelzellenschicht verlaufen nur in der Peripherie der Zelle, und dringen — entgegen früherer Annahme (RANVIER, BLASCHKO, KROMAYER) — nicht in das Innere des Protoplasmas ein (BENEKE, SCHÜTZ).

3. Die Fasern zerfallen nicht, sondern erhalten sich im Stratum granulosum (UNNA, RABL).

Bevor ich an die Besprechung dieser drei Punkte gehe, muß ich vorausschicken, daß mir die Differenzen wesentlich durch eine verschiedene Technik entstanden zu sein scheinen. Ich halte für eine *conditio sine qua non* einer guten Epithelfaserfärbung, daß nur ganz dünne Schnitte von 0,005 bis 0,0025 mm entsprechend einem halben bis einem viertel Teilstrich des SCHANZschen Mikrotoms benutzt werden. Nur an solch' dünnen Schnitten, welche die einzelnen Epithelzellen isoliert und nicht überdeckt von benachbarten Epithelzellen zeigen, und die von vielen Epithelzellen scheibenförmige Durchschnitte von weniger als Kernesdicke aufweisen, läßt sich mit Sicherheit der Aufbau des Protoplasmas studieren. Es kommt noch eins hinzu. Bei diesen dünnen Schnitten sind die Farbresultate ganz andere, als bei den dicken. Während bei jenen das ganze verschlungene Fasersystem sich prägnant färben läßt und doch klar im Verlauf erscheint, ist schon bei einer Schnittdicke von 0,01 mm das Fasergewirr so groß und das Präparat so dunkel, daß man nichts erkennen kann. Um hier deutlich zu sehen, muß stärker entfärbt werden; ein Teil der Faserung entfärbt sich und ein anderer tritt nun deutlich hervor und kann jetzt klare, oft wunderbar schöne, aber natürlich irreleitende Bilder geben, wie das HERXHEIMER in seiner erster Arbeit, ebenso EDDOWES und JADASSOHN bewiesen haben. Wer an Schnitten und mit Färbemethoden die Struktur des Protoplasmas der Epithelzellen

⁶ Diese Zeitschrift. Bd. 19. S. 2.

⁷ Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 93.

⁸ Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 111.

⁹ Arch. f. mikr. Anat. Bd. 48. S. 430.

studieren will, der muß dünne Schnitte von 0,0025 bis höchstens 0,005 machen. Um aber überhaupt die Fasern blau gefärbt zu sehen und sich oberflächlich zu orientieren, sind dicke Schnitte sogar geeigneter und bequemer zu färben (UNNA).

1. Die geschlängelten und korkzieherartig gewundenen Fasern, die wesentlich in der Cylinderzellenschicht vorkommen sind gar keine Fasern, sondern Zellkonturen. Zu diesem Resultate sind HERXHEIMER und MÜLLER durch eine neue WEIGERTSche Methode der Neurogliafärbung gelangt, die sich wesentlich dadurch von der Fibrinfärbemethode unterscheidet, daß vorher eine anscheinend komplizierte Metallbeize der Präparate stattfindet.¹⁰ Dies veränderte Färbeverfahren ist indessen für die Entscheidung der Frage von untergeordneter Bedeutung, da die mit demselben dargestellten geschlängelten Fasern, die Zellkonturen sein sollen, mit den durch die Fibrinfärbemethode dargestellten identifiziert werden. Was meint nun HERXHEIMER mit Zellkontur? Da diese gefärbt sein soll, kann sie ein mathematischer Begriff nicht sein, sondern doch wohl nur die äußerste Peripherie des Zellprotoplasmas, und da er sie im Gegensatz zu Fasern setzt, so muß sie also faserlos sein; also die „Zellkontur“ ist ein faserloser Zellmantel, Zellmembran, die die Zelle nach außen abgrenzt. Gut, aber die HERXHEIMER-MÜLLERSchen Figuren stimmen damit nicht überein. Figur 1, Tafel IV, (l. c.) giebt nach dem Text einige Cylinderzellen aus einem spitzen Condylom nach Karminvorfärbung, bei denen man allerdings nicht eruieren kann, ob die rotgefärbten, unregelmäßigen Ovale mit Kernkörperchen Kerne oder ganze Zellen sein sollen. Bei Lithionkarminfärbung (mit Differenzierung) lassen sich die Kerne deutlich vom Protoplasma unterscheiden; nach dem Text (S. 100) und Erklärung der Abbildung sollen es aber Zellen sein. Das ließe sich als Zeichenfehler ansehen und wäre belanglos, wenn nicht in Figur 2 und 3 die roten Flecke auf einmal Kerne bedeuten sollten und hier das Protoplasma farblos wäre. Dadurch kommt eine direkte Täuschung zu stande. Im einen Falle begrenzt die blaue „Kontur“ das Protoplasma, im anderen den Kern. Aber auch abgesehen davon, die Figur 1 bedingt in sich einen Widerspruch, wenigstens im Zusammenhange mit dem Text. Die Ränder der roten Ovale, die Cylinderzellen bedeuten sollen, sind mit einer scharfen blauen gewellten Linie begrenzt; das soll die Zellkontur, die Zellmembran sein; wo bleibt aber diese in der Mitte der roten Ovale? Existiert an der dem mikroskopischen Beschauer zugekehrten Seite der Cylinderzellen keine Membran? Oder wäre sie dort fein säuberlich gerade weggeschnitten worden? Statt der Membran sehen wir zierliche Fasern, die aber nicht Membran, sondern Protoplasmafasern sein sollen, die also

¹⁰ *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXVI. S. 98.

unter der Membran liegen sollen, wie das Figur 3 und der Text beweisen. Also ein absurdum. Für jeden, der auch im mikroskopischen Schnitt körperlich sehen gelernt hat, wird von vornherein die Figur 1 dahin auffassen, daß die blaue Grenzkontur der ovalen Flecke der optische Ausdruck der feinen, über den roten Fleck laufenden blauen Linien ist. Ein Globus, nur durch Meridiane aus Draht verkörpert, kann aus der nötigen Entfernung von der Äquatorialebene aus betrachtet, das gesagte veranschaulichen, die „Kontur“ des Globus, der als Kreis erscheint, wird scharf und dick markiert sein, während die Kreisfläche von feinen Linien, den Meridianen, durchzogen wird.

Sollte man aber annehmen der Widerspruch beruhe auf einem weiteren Zeichenfehler der Figur 1, so müßte doch das Verhältnis von „Kontur“ und Fasern auf den Querschnitten in Figur 2 und Figur 3 klar werden: Die Kontur müßte da als äußerer Kreis erscheinen, innerhalb dessen die Querschnitte der Fasern ebenfalls kreisförmig angeordnet lägen, entsprechend der Profilsicht der Figur 1. Aber weder in Figur 2 noch in 3 ist davon etwas zu sehen, nur der Kreis als Kontur ist da, in Figur 2 fehlen die Fasern ganz, in Figur 3 sind sie auf eine Stelle zusammengedrückt, während die Kontur an der anderen Stelle direkt den Kern zu umgrenzen scheint.

Die Widersprüche der drei Figuren untereinander und mit dem Texte lösen sich, wenn man annimmt, daß „Kontur“ und Fasern dasselbe sind, nur von verschiedenen Seiten gesehen, und daß die Zeichnungen nicht ganz naturgetreu geraten sind, beeinflusst von dem, was sie beweisen sollen. Das werden noch deutlicher die folgenden Ausführungen über die Gestalt und Struktur der Cylinderzelle erweisen.

In Figur 1 *a* bis *e* Tafel X sind fünf Cylinderzellen aus der menschlichen *volva manus* abgebildet, in denen nicht die Fasern, sondern das ganze Protoplasma gefärbt ist, was leicht an ganz dünnen Schnitten (0,002 bis 0,0025 mm dick) durch die Epithelfaserfärbung (modifizierte WEIGERTsche Färbung) zu erreichen ist, wenn man möglichst dünnes Anilinoxylol (1:4) benutzt. Alle fünf Epithelzellen sind so getroffen, daß die Kernhöhle durch beide Schnittflächen eröffnet sind, der Kern ist aus der Kernhöhle herausgefallen und ist in der Zeichnung nur der Deutlichkeit der Figur halber hineingezeichnet. Das Protoplasma bildet um den Kern einen schmalen Saum, der in der Zeichnung wohl noch etwas zu dick ausgefallen ist. Nach unten erstreckt sich das Protoplasma in größerer Masse zunächst einheitlich, dann (wie schon lange bekannt) in Fortsätze gespalten, die in die Cutis eingreifen. Einige Abweichungen von dem normalen Typus ab bieten die Figuren *c*—*e*. Die Konturen (mathematisch) sind teils glatt (*b*) teils mehr oder weniger geschlängelt (*a, c, d*). Bei stärkerer Entfärbung (Anilinoxylol 1:3 bis 1:2) treten nun die einzelnen

Protoplasmafasern heraus und erhält man Bilder wie in *k*. Feine Fäserchen ziehen hinauf zum Kern, wo sie teils enden, teils den Kern von beiden Seiten umspinnen. Die feinen Fäserchen verlaufen also in den protoplasmatischen Fortsätzen (*a, b, c*). Ich habe sie Haftfasern genannt, mit denen die Zelle in der Cutis festhaftet.

Etwas anders gestaltet sich das Bild, wenn die ganze Cylinderzelle im Schnitt liegt (Fig. 1 *g—i*). Der Kern wird von aufwärtsziehenden Fasern umspinnen, die in der Mitte der Zelle einzeln zu erkennen sind, an den Rändern des Kernes aber für das Auge zu einem stärkeren Strang mehr oder weniger verschmelzen, da sie für das Auge des Mikroskopikers hintereinander liegen; das ist die „Kontur“ HERXHEIMERS und seine früheren Spiralfasern. Zum besseren Verständnis habe ich in Fig. 1 *m—p* den Querschnitt einer Cylinderzelle *a* und *f* in der Höhe des Kernes und der Protoplasmafortsätze gezeichnet, um durch Vergleich dieser mit der Profilsansicht die optische Täuschung der Profilsansicht sicher zu stellen. Also die starken gewundenen Fasern, die zu beiden Seiten (vom Beschauer aus) der Cylinderzellenkerne hinziehen, stellen in den meisten Fällen nicht eine einheitliche Faser, sondern die Summe mehrerer dicht hintereinander liegender Fasern dar.

Es kommt noch hinzu, daß diese zu Seiten des Kernes lagernden Fasern die Farbe gegenüber dem Anilinoxylol noch fest halten, wenn schon die über dem Kern (vom Beschauer aus) liegenden Fasern entfärbt sind.

Es ist das eine Eigentümlichkeit des Färbeverfahrens, daß überall dort, wo im Schnitte die Fasern dichter übereinanderliegen, die Entfärbung eine geringere ist, wie das auch durch die relativ stärkere Färbung dickerer Stellen desselben Schnittes hervortritt (die meisten Schnitte sind an einzelnen Stellen verschieden dick). Man sieht daher häufig Bilder (von Cylinderzellen) wie in Fig. 1, *l*. Die in ihrer Totalität im Schnitt liegende Cylinderzelle zeigt nicht mehr die über dem Kern liegenden Fasern, sondern nur die Fasern zu Seiten des Kernes gefärbt, die bei flüchtigem und häufig auch bei genauem Zusehen als eine einheitliche Faser imponieren.

Der Kern der Cylinderzellen wird direkt von Protoplasmafasern umschlossen, zwischen Kern und Fasern liegt nicht etwa eine Zone faserlosen Protoplasmas. Das ist wenigstens die Regel. Nur ganz selten trifft man einen eigenartigen Zelltypus in der normalen Epidermis des Menschen, bei dem die Cylinderzelle kugelförmig aufgebläht erscheint, und zwischen Kern und Fasergeflecht eine faserlose Protoplasmaschicht liegt (Fig. 1, *q*). Die Bedeutung dieser Zelle werde ich in einer späteren Arbeit erörtern.

2. Die Fasern der Stachelzellen verlaufen nur in der Peripherie der Zelle und dringen entgegen früherer Annahme (RANVIER, BLASCHKO, KROMAYER) nicht in das Innere des Protoplasmas (BENEKE, SCHÜTZ).

Als ich auf der Wiener Naturforscherversammlung zum erstenmal diese Ansicht von BENEKE vorgetragen hörte, war ich so überrascht davon und bemüht, Gründe zu finden, die sie zu widerlegen im stande wären, daß ich mir leider seine aufgestellten Präparate nicht sorgfältig darauf angesehen habe, was in ihnen BENEKE zu dieser Ansicht geführt hat. Erst später dämmerte es mir, aber erst, als ich die Arbeit von SCHÜTZ gelesen und seine Zeichnungen gesehen habe, glaube ich es zu wissen. An den Präparaten von BENEKE und SCHÜTZ sind wohl thatsächlich nur die oberflächlich peripher im Protoplasma verlaufenen Fasern gefärbt, aber die tieferen den Kern umschließenden nicht gefärbt. Das indes ist noch kein Beweis, daß diese nicht existieren. Es kann an der Färbemethode liegen, daß sie nicht gefärbt und deshalb nicht sichtbar sind. Bei den dicken Schnitten, die SCHÜTZ benutzt (0,01 mm) halte ich eine vollkommene Protoplasmafärbung für ausgeschlossen; da der Schnitt dabei undurchsichtig ist, muß man, um überhaupt etwas zu sehen, stärker entfärben, und nun entfärben sich die inneren um den Kern gelegenen Protoplasmaschichten zuerst, während die äußeren die Farbe zurückhalten. Ich arbeite immer an Schnitten unter 0,005 mm, und konnte mir daher die differente Auffassung von BENEKE nicht erklären, da ich ganz andere mir einwandfrei scheinende Resultate erhalten hatte. An dicken Schnitten habe ich jetzt dieselben Bilder wie BENEKE und SCHÜTZ erzielt. Man kann, wie SCHÜTZ auch bemerkt, sehr deutlich mit der Mikrometerschraube die oberflächliche Lage der Fasern konstatieren. Ich gebe von solchen Zellen mit oberflächlich gefärbten Fasern zwei Abbildungen (Fig. 2, *a*, *b*), deren Oberflächlichkeit ich auch in der Zeichnung auszudrücken versucht habe. In Fig. 2, *c* erkennt man eine Zelle mit oberflächlicher und tiefer Faserung, während die Figuren *e* und *f*, die große Stachelzellen zeigen, deren Kernhöhle von den beiden Schnittflächen eröffnet ist, mit Evidenz beweisen, daß die Faserung das ganze Protoplasma durchzieht und vor allem den Kern rings umspinnt. Ganz vorzugsweise eignen sich diejenigen Epithelzellen zum Studium des Faserverlaufes, die groß sind und viel Protoplasma haben, die der Epidermis der planta pedis und palma manus. Hier kann man sich mit Leichtigkeit — an dünnen Schnitten — von diesen Verhältnissen überzeugen. Viel schwieriger ist es bei der Epidermis unserer übrigen Haut. Die Stachelzellen haben verhältnismäßig große Kerne resp. Kernhöhlen, sodaß das Protoplasma uns als ein dünner Hof um diese erscheint und die Protoplasmafasern schwieriger in schöner Isolation darstellbar sind. Ich glaube nicht fehl zu gehen, daß SCHÜTZ und BENEKE an dieser Epidermis gearbeitet haben, die durch die Beschaffenheit ihrer Zellen der Ansicht von einem oberflächlichen Verlauf der Fasern weiteren Vorschub geleistet hat. Nur an einem Objekt¹¹ habe

¹¹ Ich beziehe mich hier nur auf die normale Epidermis des Menschen.

ich gefunden, daß die Stachelzelle der Fasern im Innern des Protoplasmas entbehrt, an dem jungen äußersten Epithelsaum, der sich vom Wundrand über die granulierende Wundfläche schiebt. Dessen Zellen sind durch lange Stachel ausgezeichnet, die indessen in der Peripherie der Zelle zu enden scheinen (Fig. 2, d). Beim Festerwerden des Epithelsaumes bilden sich indessen auch hier Fasern im Innern des Protoplasmas aus.

Es kommt noch hinzu, daß SCHÜTZ außer mit der modifizierten WEIGERTSchen Fibrinfärbemethode noch mit anderen Methoden gearbeitet hat: Hämatoxylin-BENDA und HEIDENHAIN, Pikrinsäure-Fuchsin, Eisenkarmin-ZACHARIAS, schließlich mit einer von ihm angegebenen Hämatoxylin-Pikrin-Eisen-Methode (l. c. S. 119) und sich an diesen seine Ansicht gebildet hat. Alle diese Färbemethoden, ebenso die von UNNA¹² angegebenen und die Safraninjodmethode REINECKES färben vorzugsweise die Stacheln und die oberflächlich verlaufenden Fasern, während sie nicht im stande sind, die im Innern des Protoplasma laufenden Fasern zu differenzieren, was übrigens auch UNNA (l. c.) hervorhebt.

Eine schöne Differenzierung von faserlosem Protoplasma und Fasern derart, daß beide Teile deutlich gefärbt sind, erreicht man bei meiner (modifizierten WEIGERTSchen) Färbungsmethode dadurch, daß man mit Safranin vorfärbt (starke wässrige Lösung). Die Methylviolettanilinlösung darf dann allerdings nur so lange auf den Schnitt wirken, bis die rote Safraninfärbung eben verschwunden und der Schnitt blau erscheint, was bei dünnen Schnitten einige Sekunden dauert, da bei zu langer Einwirkung der Methylviolettlösung das Safranin aus dem Schnitte ganz ausgezogen wird. Dieser Moment hängt nicht nur von der Stärke beider Farblösungen sondern auch von der Dicke des Schnittes ab, er muß ausprobiert werden. Bei gelungener Färbung erhält man wunderbar zierliche Präparate: roten Kern mit blauen Kernkörperchen, und rosa Protoplasma mit blauen Fasern — in denen nun auch die Grenzen der einzelnen Epithelien durch das rosa gefärbte Protoplasma deutlich hervortreten. Solche Präparate geben alle nur wünschenswerte Sicherheit über den Faserlauf im Protoplasma.

3. Die Fasern zerfallen nicht, sondern erhalten sich im Stratum granulosum (UNNA, RABL).

Ich hatte in meiner Habilitationsschrift¹³ die These aufgestellt, daß die Epithelfasern im Stratum granulosum zu Keratohyalin zerfallen. Diese These ist vielfach angegriffen worden. Ich muß auch gestehen, daß ich sie heute nicht ganz aufrecht erhalte oder vielmehr, daß ich damals das,

¹² l. c.

¹³ Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis. *Arch. f. Dermat.* 1890.

was ich eigentlich sagen wollte, nicht ganz prägnant ausgedrückt habe. Ich möchte sie heute so interpretieren: 1. In dem gut ausgebildeten Stratum granulosum der Planta pedis und Vola manus, das mindestens zwei Reihen Körnerzellen enthält, lassen sich keine Fasern nachweisen, wie sie im Protoplasma der Stachelzellen vorkommen; 2. das Verschwinden der Faserung der Stachelzelle geht dort Hand in Hand mit dem Auftreten reihenförmig angeordneter Körner, so daß der Schluß gestattet, daß das Material der Fasern mit zur Bildung der an ihrer Stelle auftretenden Körner beigetragen hat. Dabei soll nicht ausgeschlossen sein, daß nicht vielleicht auch andere Bestandteile der Zelle zur Entstehung von Keratohyalin mitwirken, oder auch vielleicht allein Keratohyalin hervorbringen können. Zu diesen Einschränkungen meiner damaligen These werde ich durch die Erfahrung geführt, daß das Keratohyalin sowohl in seinem Auftreten, wie in seinen Färbeverhältnissen sehr unbeständig ist. Karmin, Hämatein und Anilinfarbstoffe färben es häufig durchaus ungleichmäßig und eines kann vollkommen versagen, während das andere prägnante Färbung erzielt. Es ist daher auch das Keratohyalin, welches sich mit Pikrokarmine färbt, nicht ohne weiteres zu identifizieren mit dem durch Hämatein oder einem anderen Farbstoff gefärbten Keratohyalin. Auch im Auftreten an der Grenze der Hornschicht ist das Keratohyalin sehr unregelmäßig, gewöhnlich tritt es in Form von Körnern, nicht selten aber auch gleich in runden Gebilden, scheinbar in Tropfen, die vielleicht mit dem Eleidin des Stratum lucidum identisch sind, auf; das ist zum Teil der Fall in der Epidermis unserer Körperoberfläche, in der ja, wie bekannt, das Keratohyalin überhaupt in wechselnder Menge angetroffen wird, vom gänzlichen Fehlen und einigen Körnern bis zum vollen Angefülltsein der Zelle.

Hier habe ich auch Keratohyalin zwischen Protoplasmafasern angetroffen. Allerdings handelte es sich dann stets nur um wenige Körner, die außerdem durch ihre runde Gestalt sehr an Tropfen erinnerten. In gleicher Weise habe ich auch Keratohyalin in stark verhornten Schleimhäuten (Maul von Pferd, Ochse, Schaaf) und ebenso bei pathologischen Prozessen (chronischem Ekzem, Psoriasis, Lichen planus etc.) zwischen Epithelfasern gesehen, so daß ich den Satz „Keratohyalin ist ein Zerfallsprodukt der Epithelfasern“, nicht mehr in der Allgemeinheit für ganz richtig oder vielmehr nicht für bewiesen erachte. Um so mehr halte ich aber daran fest, daß in dem Objekte, von dem meine damaligen Untersuchungen ausgingen, von der Planta pedis und Vola manus, wo die Körnerzelle voll ausgebildet ist, die Verhältnisse zwischen Keratohyalin und Protoplasmafasern richtig von mir geschildert sind. Auch bisher ist es mir mit keiner der vielen Faserfärbemethoden gelungen, Fasern in den voll ausgebildeten Körnerzellen nachzuweisen, ein Resultat, zu dem

übrigens auch HERXHEIMER (wenigstens mittelst der WEIGERTSchen Methode) gelangt ist; im Gegenteil, ich halte den ganz allmählichen Übergang der Faserung in die Körnung — an dünnen Schnitten und bei guter Färbung — für so deutlich, daß mir ein Zweifel gar nicht zulässig erscheint. Nur eine Einschränkung sei noch gemacht: ob das durch die WEIGERTSche Färbung dargestellte Keratohyalin, das so deutlich aus der Masse der Fasern hervorgeht, alles Keratohyalin der Zellen ist, oder ob nicht etwa noch anderes durch Hämatein und Karmin darstellbares neben diesen vorhanden ist, das eine andere Entstehungsart (aus Kern oder Protoplasma) hat, das will ich weder behaupten noch verneinen.

UNNA ist in seinen Faserfärbungen anscheinend glücklicher gewesen als ich; er schreibt Seite 76¹⁴: „KROMAYER hat sogar in neuerer Zeit die These aufgestellt, daß die Keratohyalinkörner aus den Epithelfasern hervorgehen. In der Körnerschicht sollen anstatt der letzteren ihre Zerfallsprodukte auftreten — die Keratohyalinkörner. Ich kann diese Theorie so wenig unterschreiben, wie die von MERTSCHING, welcher in den Körnern lediglich Zerfallsprodukte des Kernes sah. Ich gebe zu, daß es an Epithelfaserpräparaten häufig den Anschein hat, als wenn die Epithelfasern sich in gröbere Körner der Körnerzellen direkt fortsetzten. Bei geeigneten Modifikationen der Färbung kann man aber einerseits konstatieren, daß die Epithelfasern während der Verhornung persistieren, also in den Körner- und Hornzellen ebensowohl vorhanden sind, wie in den Stachelzellen, und andererseits, daß die groben unregelmäßigen verklumpten Netze der Körner gewisser Bilder durch gleichzeitige Färbung der Fasern und des zwischen ihnen liegenden Kornes erzeugt werden. Beim Übergang von den Körnerzellen zu den basalen Hornzellen sieht man das Epithelfasernetz wieder rein hervortreten, indem im selben Moment die Keratohyalinkörner wieder unfärbbar werden“.

Hier steht anscheinend Beobachtung gegen Beobachtung. Es wäre daher sehr wünschenswerth, wenn UNNA sich näher erklärt hätte 1. von welchem Objekt er seine Untersuchungen gemacht und 2. welches die „geeigneten Modifikationen der Färbung“ sind? Am meisten erstaunt aber hat mich, daß UNNA „beim Übergang von den Körnerzellen zu den basalen Hornzellen das Epithelfasernetz wieder rein hervortreten sieht“. Nach meiner Anschauung ist es räumlich unmöglich, das vielverschlungene Netz der großen Stachelzelle — auch wenn es erhalten bliebe — in der platten verhornten Zelle des Stratum lucidum wieder hervortreten zu sehen, ich habe aber auch nie nur die Andeutung davon gesehen. Sollte aber UNNA die schon so viel von KÖLLIKER, ZANDER, mir und zuletzt wieder von RABL besprochene und diskutierte Streifung der verhornten Zellen meinen,

¹⁴ Diese Zeitschrift. Bd. XX.

so ist das etwas anderes. Wer diese Streifung mit dem Fasernetz der Stachelzelle auch nur ähnlich findet, der hat, glaube ich, noch nie das innere Fasernetz der Stachelzelle, sondern, wie BENEKE und SCHÜTZ nur das oberflächliche periphere gesehen, mit dem jene Streifung eine entfernte Ähnlichkeit haben mag. Diese Vermutung wird mir durch die letzte Arbeit über diesen Gegenstand von RABL bestätigt. Er giebt drei ganz richtige Abbildungen von der Streifung verhornter Zellen (Taf. XX, Fig. 23, 24 und 50), aber eine ganz ungenügende (ich will nicht sagen falsche) Abbildung von dem Faserverlauf einer Stachelzelle der Sohlenhaut nach WEIGERT gefärbt (Tafel XIX, Fig. 1), aus der zu schließen ist, daß er den Faserverlauf im Innern der Stachelzelle nicht kennt. Auch er identifiziert die Streifung der Hornzellen mit den Fasern der Stachelzelle.

Ich glaube daher, daß die sonst nicht gut erklärbaren Differenzen zwischen UNNA, RABL und mir über das Vorhandensein eines Fasersystems in den Körnerzellen durch die mangelnde Kenntnis des Fasernetzes in der Stachelzelle entstanden sind, die wieder eine Folge der Benutzung zu dicker Schnitte¹⁵ ist. Es ist also hier dieselbe Ursache der Differenzen, wie in der Frage nach dem oberflächlichen oder tieferen Verlauf der Fasern: die Dicke der Schnitte.

Über die Streifung der Hornzellen kann ich meine früher ausgesprochene Ansicht, daß sie ein Produkt der Härtungsfüssigkeit ist, trotz der Ausführungen RABLS nicht ändern; zeigt doch auch seine Abbildung des Chromsäurepräparates (Taf. XX, 25), eine viel stärkere Streifung wie des Alkoholpräparates (Taf. XX, 23), die übrigens nach der Zeichnung zu urteilen ganz oberflächlich im Hornmantel zu liegen scheint, ebenso wie die gefärbte Streifung der Fig. 24. Jedenfalls erinnern diese Streifungen der von oben gesehenen platten Hornzellen nicht im entferntesten an das innere Fasersystem der Stachelzellen.

Die von MERTSCHING,¹⁶ ERNST,¹⁷ RABL, zum Teil auch von UNNA vertretene Ansicht, daß Keratohyalin aus dem Kern stamme, halte ich aus den eintretenden Veränderungen des Kernes in den Körnerzellen und der Thatsache, daß das Keratohyalin meist in der Nähe des Kernes auftritt, nicht für bewiesen, aber auch durch eine direkte Kritik nicht für widerlegbar, obgleich die Deduktionen besonders die von ERNST stellenweise sehr gezwungen sind. Ganz ungenügend wird indessen durch diese Genese des Keratohyalins aus dem Kern seine reihenförmige Anordnung erklärt, die nur im Zusammenhang mit den Protoplasmafasern eine befriedigende

¹⁵ UNNA schneidet nur in Celloidin und kann daher Schnitte unter 0,01 wohl nicht erreichen.

¹⁶ Histologische Beiträge über Keratohyalin und Pigment. *Virchows Arch.* Bd. 116.

¹⁷ Studien über die normale Verhornung mit Hilfe der GOEKSchen Methode. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 47. Heft 4.

Deutung erhalten kann. Ferner besitzen wir im Kondylom eine Verhornungsanomalie, die der Theorie der Kerngeneses des Keratohyalins direkt widerspricht und ihr zum mindesten den Anspruch auf Allgemeingültigkeit nimmt. In meiner Arbeit: Die Protoplasmafasern der Epithelzellen schrieb ich: „Weiterhin kommt bei spitzen Kondylomen eine eigentümliche Anomalie der Verhornung vor. Während an vielen Stellen die Epithelien regelrecht unter Bildung von Keratohyalin den Verhornungsprozess durchmachen, bildet sich an anderen Stellen schon in den tieferen Zelllagen eine Kernhöhle aus, die unter Atrophie des Kernes sich weiter ausdehnt, alle Fasern nach der Peripherie der Zelle drängt, sodafs schliesslich ein Netzwerk entsteht, dessen Balken aus den Fasern zweier benachbarter Zellen besteht (Fig. 5). Das eigentümliche Bild wird noch befremdender, wenn, wie das teilweise vorkommt, die Fasern zu Keratohyalin zerfallen und das Keratohyalin in netzförmiger Anordnung die atrophierten Kerne maschenweise umspinnt.“ Ich habe seit jener Zeit wiederholt bei Untersuchung spitzer Kondylome diese Verhältnisse, die in der damaligen Arbeit durch Zeichnung (Taf. VII, Fig. 5) wiedergegeben sind, bestätigen können, dabei aber gefunden, dafs die „Kernhöhle“, die ich damals für leer hielt, bei anderen Färbungen (z. B. der WEIGERTSchen Färbung ohne Behandlung der Schnitte mit Jodkalium) deutlich einen protoplasmatischen Inhalt aufweist, der meistens die „Kernhöhle“ unvollständig (infolge der Härtung und Schrumpfung) ausfüllt. (Fig. 2, g.)

Das Keratohyalin liegt hier reihenförmig in der äufsersten Peripherie der Zelle ohne dafs das den Kern direkt umgebende Protoplasma Keratohyalin aufweist. Hier wird selbst die rein theoretische Deduktion, dafs das Keratohyalin aus dem Kerne stammt, auf Schwierigkeiten stofsen.

Figurenerklärung.

- Fig. 1.* a—e. Durchschnitt *e* durch Cylinderzellen aus der *vola manus* mit Färbung des ganzen Protoplasmas.
 f—i. Ganze Cylinderzellen mit Färbung der Protoplasmafasern.
 k. Durchschnitt durch eine Cylinderzelle mit Färbung der Protoplasmafasern.
 l. Ganze Cylinderzelle mit isolierter Färbung der seitlichen Fasern. (s. S. 453.)
 m. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *a* in der Höhe des Kernes.
 n. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *a* in der Höhe der Protoplasmafortsätze.
 o. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *l* in der Höhe der Protoplasmafasern.
 p. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *l* in der Höhe des Kernes.
 q. Geblähte Cylinderzelle mit peripher gelagerten Protoplasmafasern (s. S. 453).

- Fig. 2.*
- a.* Stachelzelle aus einem spitzen Kondylom, mit oberflächlichem Faser-
verlauf.
 - b.* Hypertrophische Stachelzelle aus einem Karzinom, mit oberflächlichem
Faserverlauf.
 - c.* Stachelzelle aus einem spitzen Kondylom, mit oberflächlichem und tiefem
Verlauf der Faserung.
 - d.* Stachelzelle ohne Faserung im Innern des Protoplasma. (s. S. 455.)
 - e.* Stachelzelle aus der unteren Lippe des Pferdemauls.
 - f.* Stachelzelle aus der vola manus. Bei beiden ist die Kernhöhle von
beiden Schnittflächen eröffnet, der Kern herausgefallen; bei *d* sieht man
die Wand der Kernhöhle. Figur *f* ist in der Faserung zu schematisch
ausgefallen.
 - g.* Körnerzelle aus einem spitzen Kondylom. (s. S. 459.)

Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch- syphilitischen Krankheiten.

Klinisch-statistische Beiträge.

Von

Prof. DOMENICO MAJOCCHI,

Direktor der dermosyphilopathischen Universitätsklinik zu Bologna.

In Fortsetzung meiner Studien über die Anwendung des Jodols in der Therapie einiger venerisch-syphilitischer Krankheiten kam mir der Gedanke, es in einer besonderen für die Erzielung einer lokalen Wirkung mehr geeigneten Form anzuwenden. Anstatt der Salbe oder Tinktur erschien mir von vornherein zu diesem Zweck die Anwendung in der Gestalt von Pflaster als die weitaus geeignetste.

Durch das liebenswürdige Entgegenkommen und die Vermittelung des Hauses Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. wurde mir das nötige, vorzügliche Präparat von der Firma Beiersdorf & Co. in Hamburg zur Verfügung gestellt und war ich in der Lage, davon in meiner Klinik einen ausgiebigen Gebrauch zu machen.

Ich unternahm die Versuche mit dem neuen Präparat um so bereitwilliger, als es meines Wissens das erste Mal ist, daß das Jodol in der Gestalt von Pflaster bei der Behandlung venerisch-syphilitischer Krankheiten angewandt wird; denn obwohl in dem Katalog der Firma Beiersdorf & Co. in Hamburg unter den verschiedenen von derselben dargestellten Pflastern auch das Jodolpflaster (No. 102) sich befindet,

ist die Anwendung desselben wohl niemals bisher eingehender untersucht worden, wie denn auch keine Publikation über diesen Gegenstand bisher vorliegt.

Ich möchte nun kurz auseinandersetzen:

1. Welche Gedanken mich dazu bestimmten, die Behandlung mit dem Jodolpflaster zu versuchen und

2. welche Resultate ich bei den dieser Behandlung unterworfenen Patienten erzielte.

Betreff des ersten Punktes könnte man mich fragen, warum ich gerade dem Jodolpflaster vor den anderen Jodpräparaten in dieser Art von Krankheiten den Vorzug gegeben habe, da doch gewöhnlich bei der Behandlung der akuten, wie den subakuten hyperplastischen Adenitiden und Periadentitiden die Anwendung der Jodtinktur und der Jodsalbe die gebräuchlichste ist. Ich will indessen gleich bemerken, daß es für den Venerologen nicht gleichgültig ist, ob er das eine oder das andere dieser Jodpräparate in der Therapie der in der nachfolgenden Statistik angeführten Krankheiten vorzieht, ja daß, wenn man überhaupt eine resolvierende Wirkung in hohem Grade haben will, man heutzutage zu keinem dieser beiden Mittel mehr greifen wird. Und in der That, wenn man die therapeutische Wirkung dieser bekannten Mittel betrachtet, gelangt man zu der Überzeugung, daß sie in einigen Krankheiten wenig angezeigt sind. Wenn vor allem die Jodtinktur auch rasch als Epispasticum eine Dermatitis hervorzubringen im stande ist, so bleibt diese doch immer nur oberflächlich, das heißt: Sie nimmt den Charakter einer erythematösen Form mit nachfolgender Abschuppung an und erscheint nur ziemlich selten in der Form einer exsudativen Entzündung; und wenn sie auch in einigen Fällen für die Reaktion, die sie hervorbringt, von Nutzen ist, kann sie wegen des leichten Grades derselben zwecklos, manchmal auch wegen der heftigen Reizwirkung schädlich sein: ja die reichliche Abschuppung, die sie veranlaßt, ist eine ungünstige Vorbedingung für das Eindringen des Heilmittels. — Mit kurzen Worten: bei Anwendung der Jodtinktur sind wir nicht im stande, die reaktive Entzündung, die wir hervorzubringen beabsichtigen, genau abzustufen, so daß wir häufig zu energische keratolytische Wirkungen erzielen, die durchaus nicht auf den Rückgang des Krankheitsprozesses von Einfluß sind.

Das gleiche kann man auch von der Jodsalbe behaupten, die, wenn sie auf die Haut auch nicht dieselben Reizungserscheinungen wie die Jodtinktur ausübt, bei der Behandlung, wegen ihres kurzen Verbleibens auf der Haut und demnach ihrer nur vorübergehenden Wirkung, nur von geringem Nutzen sich erweist.

Das Jodolpflaster hingegen hat, wie alle derartigen Präparate, wegen seiner Undurchlässigkeit die Eigenschaft, sowohl die flüssigen als auch

die gasigen centrifugalen Strömungen, welche die Saftkanäle der Cutis in mehr oder weniger energischen Weise durchziehen, in der Haut nach Maßgabe der individuellen und Umgebungsverhältnisse zurückzuhalten. Hieraus folgt, daß innerhalb der Haut Wasser und Dämpfe zurückbleiben, so daß die Talgsekretion sich verringert und infolge dessen die fett und feucht gehaltene Epidermis zur Aufnahme des Heilmittels mehr geeignet wird. Mit anderen Worten durch die Undurchdringlichkeit des Pflasters wird die Centrifugalströmung der Hautabsonderung verhindert oder erschwert und es wächst so der centripetale Resorptionsstrom. Auf diese Weise wird die Diffusion des Heilmittels in der Hornschicht von Zelle zu Zelle erleichtert, während andererseits das aktive Eindringen des Heilmittels wächst.

Hieraus erklärt sich, wie bei Anwendung des Pflasters die in demselben enthaltenen Medikamente eine größere energische lokale Wirkung ausüben. Und diese mehr energische lokale Einwirkung wird außer durch die veränderten lokalen Bedingungen der Epidermis noch durch das längere Haften des Pflasters auf der Hautoberfläche bestärkt und begünstigt so eine langsame aber beständige Abgabe und infolge dessen eine vorteilhaftere Absorbierung des betreffenden Medicaments.

Zu dieser Wirkung des Jodolpflasters kommt noch hinzu, daß dasselbe als solches dem in demselben in großer Menge enthaltenem Jod nicht gestattet, rasch sich frei zu machen und kurz nach seiner Applikation in Berührung mit der Haut zu kommen.

Dies aber ist gerade die Wirkung, welche ich mit dem Jodol erzielen wollte, wie ich dies schon in meiner früheren Mitteilung¹ hierüber aussprach und wie ich dies heute für das Jodolpflaster wiederholen möchte. Im Gegensatz zu den gewöhnlichen Pflastern, die in starker Konzentration das betreffende Medikament enthalten, giebt letzteres, indem es sich in Berührung mit der Haut löst, langsam aber vollständig sein Jod ab. Auf diese Weise ließe sich auch eine Erklärung dafür finden, daß das Jodolpflaster keine unnötige Reizerscheinung, die manchmal sogar schädlich auf die vom Entzündungsprozeß betroffenen Gewebe wirkt, ausübt, sondern daß vielmehr nur die sichere und thatsächlich nützliche resolvierende Wirkung des Mittels hervortritt. In Anbetracht dieses letzten Zweckes zeigte sich die Anwendung des Jodolpflasters sowohl bei den akuten als auch den chronischen lokalen Entzündungen von vornherein als die einfachste und rationellste; und die klinischen Versuche bestätigten nicht nur diese meine theoretische Anschauung vollständig, sondern ließen auch in allen Einzelheiten die Vorzüge dieses pharmaceutischen Präparats hervortreten.

¹ *Therapeut. Monatshefte*. 1896. Aprilheft.

Von den therapeutischen Vorzügen, die sich bei Anwendung des in Rede stehenden Mittels in meiner Klinik ergaben, möchte ich als die wichtigsten folgende hervorheben:

1. Das Jodolpflaster wird auch bei akuten Entzündungserscheinungen, wobei es schmerzlindernd und beruhigend wirkt, gut vertragen.

2. Es ruft keine Macerationerscheinungen auf die Epidermis jener Stellen, wo erstere empfindlich und dünn ist, hervor; und hierin gerade unterscheidet es sich vorteilhaft insonderheit von dem Resorcin- und Merkurialpflaster, die lokale Belästigungen, charakterisiert durch Jucken, Brennen und Epidermisabschuppung, bewirken.

Das Jodolpflaster kann ferner lange Zeit auf der Haut behalten werden, ohne daß man deswegen die Entwicklung feuchter Ekzeme, exfoliativer Dermatitis oder andere Reizungserscheinungen zu befürchten hätte.

3. Dieser seiner vorzüglichen therapeutischen Eigenschaften wegen kann die Dauer der Applikation des Jodolpflasters ohne Unterbrechung 3, 4, 6—12 Tage fortgesetzt werden, ohne daß es sich im geringsten verändert: ein Umstand, durch den eine große Ersparnis im Verbrauch bewirkt wird.

4. Das Haftvermögen, das dem Jodolpflaster eigen ist, gestattet, daß dasselbe ohne weiterer Zuhilfenahme eines Verbandes, obwohl derselbe wegen des Drucks, den er ausübt, in einigen Fällen vollständiger und rascher den Rückgang des lokalen Prozesses unterstützt, in situ gelassen werden kann.

Gewöhnlich appliziert man es, indem man die kranke Stelle mit einem ganzen Stück bedeckt, oder auch mit mehreren Streifen, die auf die einzelnen Stellen, je nach den gegebenen Bedingungen, passen.

Nachdem ich mehrmals im Vorhergehenden die resolvierende Aktion des Jodolpflasters betont habe, möchte ich jetzt nochmals besonders auf den Mechanismus dieser therapeutischen Wirkung, wie ich sie in den vielfachen und verschiedenen Applikationen in meiner Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, zurückkommen.

Der Mechanismus der therapeutischen Wirkung des Jodolpflasters bei lokalen Entzündungen äußert sich in zwei verschiedenen Weisen:

A. Zuerst äußert das Mittel eine rasche Wirkung in der Weise, daß es fähig ist, sogleich von vornherein die akuten Entzündungserscheinungen zu mäßigen; es läßt in der That der Schmerz nach, die Geschwulst und das Ödem nehmen sogleich ab, und der Eiterungsprozeß, auch wenn er deutlich angefangen hat, sistiert oder bleibt begrenzt.

Eine solche plötzliche Wirkung konnte ich bei den Adenitiden

und Orcheoepididymitiden beobachten, wo innerhalb 4 bis 5 oder längstens 8 Tagen jede Reizerscheinung zu meiner großen Überraschung verschwunden war. Wegen dieses raschen Heilerfolges, wie man aus den statistischen Tabellen ersehen kann, konnte ich das Jodolpflaster auch in dem vorgeschrittenen Stadium der Krankheit anwenden. Auf diese erste Periode der therapeutischen Wirkung des Mittels (die man als „antiphlogistische Wirkung“ bezeichnen kann) folgt ein in der Regel nicht lang dauernder Zwischenraum, wo die lokalen Bedingungen der Geschwulst nahezu unverändert bleiben. Diese Periode, die man „Stillstandsperiode“ bezeichnen könnte, hat die Dauer von 5 bis 8 Tagen bis 2 bis 3 Wochen; nachdem sie vorüber ist, beginnt die zweite Weise der Wirkung des Jodolpflasters sich zu äußern.

B. Letztere entwickelt sich in der Regel langsamer unter Angriff hauptsächlich der neoplastischen Infiltrate, deren Schmelzung und Absorbierung in mehr oder weniger vollständiger Weise sie begünstigt: in der That, die Entzündungsgeschwülste, die anfangs gespannt und hart sind, werden nun pastös und gehen stufenweise an Umfang zurück; und dieser Rückgang ist entweder ein allgemeiner und vollzieht sich gleichmäßig auf der ganzen Oberfläche der infiltrierten Masse, oder er ist ein teilweiser und beschränkt sich auf einen mehr umschriebenen Teil der letzteren.

Diese zweite Beobachtung war ich oft in der Lage bei den Orcheoepididymitiden, wo manchmal ein Teil indurirt zurückblieb, der langsam zum Schwinden kam, zu machen. Die Dauer dieser Rückgangsperiode ist verschieden; von einem Minimum von 8 bis 10 Tagen kann sie sich bis auf ein Maximum von 1 Monat ausdehnen; selten dauert sie länger. Einigemale machte sich die „Stillstandsperiode“ nicht bemerkbar, aber bei dem raschen Rückgang der akuten Entzündungserscheinungen trat die fortschreitende resolvierende Wirkung des Jodolpflasters, infolgedessen eine rasche Heilung statt hatte, hervor. Nicht immer jedoch gelang es mir, die akuten Erscheinungen vollständig aufzuhalten, so daß in mehr als einem Fall die Geschwulst zu wachsen fortfuhr und zum Teil zur Eiterung kam, was hauptsächlich statthatte, wenn das Pflaster zu spät zur Anwendung kam.

Aber auch in diesen Fällen bemerkte ich immer die wohlthätige Wirkung dieser Behandlung auf die residuellen Infiltrate der geeiterten Geschwulst, welche sich zurückbildete, während neue Eiterung verhindert wurde.

Die Vorzüge des Jodolpflasters ergeben sich deutlicher aus den nachfolgenden statistischen Tafeln, in denen ich 120 Fälle, die ich während des vergangenen Jahres zu beobachten Gelegenheit hatte, aufführe. Bei der Zusammenstellung derselben nahm ich hauptsächlich

Rücksicht auf den Charakter der verschiedenen Krankheiten, ferner auf den Anfang, die Dauer und den Erfolg derselben.

Klinische Betrachtungen.

Um die Anwendung des Jodolpflasters noch mehr zu rechtfertigen und seine Wirkung in den drei Serien der in den nachstehenden statistischen Tafeln erwähnten Krankheiten zu prüfen, möchte ich hier einige kurze klinische Betrachtungen über jede derselben anstellen.

In der 1. Serie (A) wurden die Adenitiden und Periadentitiden aufgenommen. Dieselben sind der Zahl nach (67) in unserer Statistik vorwiegend und wurde bei ihnen zuerst die Anwendung der Jodolpflasterkur erprobt. Der Zahl ihres Vorkommens nach beobachtete ich sie hauptsächlich bei den Männern: 1. infolge von weichem Schanker, 2. von Balano-posthitis catarrhalis und Blennorrhoe und zuletzt 3. infolge von „chancre mixte“. Die Drüsenanschwellungen aus letzterer Veranlassung waren wenige, sie traten indessen immer als akute, manchmal auch zu Eiterung neigende Periadentitiden auf. Durch die Pflasterkur wurden sie immer zum Stillstand gebracht. Ausgesetzt wurde diese Behandlung, sowie der beträchtlich zurückgegangene Knoten den Charakter der spezifischen Induration, bevor noch die sekundären Erscheinungen der Syphilis sich bemerkbar machten, anzunehmen anfang.

Man könnte hier vielleicht entgegnen, daß in ähnlichen Fällen die Anwendung des Jodolpflasters wohl überflüssig wäre, insofern beim „chancre mixte“ die anfangs entzündlichen Charakter tragende Drüsenschwellung von selbst den akuten Entzündungscharakter zu verlieren, und dann, sobald das syphilitische Gift in Aktion tritt, zu indurieren pflegt. Aber abgesehen davon, daß dieser Ausgang nicht immer statt hat, muß ich bemerken, daß in einigen dieser Fälle wegen der bedeutenden Geschwulst des Knotens, zur Zeit der Applikation des Jodolpflasters, an einigen Stellen Eiterung anzubrechen drohte. Infolge dieser Behandlung bemerkte ich nach kurzer Zeit den starken Rückgang der akuten Entzündungserscheinungen, während dies nicht so bald ohne Zuhilfenahme eines Mittels statt hat.

Es wäre gut, wenn man vornherein die Periode bestimmen könnte, wo mit der Anwendung der Pflasterkur vorzugehen ist, und es dürfte dies auch nicht schwer fallen, wenn die Wahl dieses Zeitpunktes von uns abhängt: denn es ist ohne weiteres klar, daß die Jodolbehandlung sogleich beim ersten Auftreten der Reizungserscheinungen angewandt, den günstigsten Erfolg liefern wird.

Wie ich anfangs schon erwähnte, mußte ich mit ihr indessen häufig in der vorgeschrittenen Periode des Entzündungsprozesses, wenn die Drüsen

oder das periglanduläre Bindegewebe beträchtlich infiltriert waren oder die Eiterung schon begonnen hatte, vorgehen.

Nichts desto weniger konnte ich Fälle beobachten, wo das Jodolpflaster eine ausgesprochene resolvierende Wirkung äufserte, nicht nur wegen des Schwindens der akuten Entzündungserscheinungen, sondern auch wegen des schnellen Rückgangs der infiltrierten Drüsengeschwülste; in anderen Fällen war der Rückgang ein stufenweise fortschreitender. Nur in wenigen Fällen von akuter und subakuter Periadentitis trat, trotz der Applikation des Pflasters, gleich bei Ausbruch der Krankheit, und bei fortgesetzter Anwendung desselben, partielle Eiterung und die Bildung eines oder mehrerer Abscesse ein. Da dieselben indessen sofort punktiert, entleert und die Höhlung antiseptisch gewaschen wurde, fuhr ich mit der Anwendung des Jodolpflasters auf die noch hart und infiltriert gebliebene Drüsengeschwulst fort. Und die Vorteile dieser Behandlung traten auch in diesen vorgeschrittenen Krankheitsformen zu Tage, insofern immer der vollständige Rückgang der residuellen Drüsengeschwulst eintrat; ein gleiches Resultat konnte ich konstatieren, wenn in einigen Fällen auch die Bildung des periglandulären Abscesses sich wiederholte.

Ein vollständig negativer Erfolg trat nur ein bei einigen Fällen von Periadentitis in vorgeschrittenem Stadium oder mit multipler Drüsenanschwellung, weil hier die Anwendung des Jodolpflasters unterlassen und zu einer anderen Heilmethode, der Drüsenexstirpation, oder auch der Entleerung der Leistenhöhle, übergegangen werden mußte, wie ich das in zwei Fällen (siehe nachstehende Tabellen, fortlaufende No. 12 und 27) vornahm.

Aber diese wenigen nicht vollständigen Heilerfolge, wie auch einige Recidive, und die wenigen Fälle von negativem Erfolg, waren mehr bedingt durch das Individuum als durch die Krankheit selbst. Mangel an hygienischem Verhalten, übermäßige Bewegung und Anstrengung und nicht selten das Ausschreiten einiger Kranken tragen dazu bei, den Rückgangsprozefs der Adenitiden und Periadentiden unter der Jodolpflasterbehandlung zu verlangsamen oder manchmal zu verhindern. In dieser Hinsicht machte sich der Unterschied des Heilerfolges der in der Klinik und im Ambulatorium behandelten Kranken recht bemerkbar; denn unter gleichen Bedingungen lieferte die strenge Überwachung der Patienten und das genauere Einhalten der Jodolkur bei den ersteren ein ungleich glänzenderes Resultat.

Andererseits wurde die Dauer der Kur in einigen Fällen verzögert, wenn der Schanker vorher häufig mit Höllenstein kauterisiert worden war. Aus der Gesamtheit der so behandelten Fälle habe ich mich noch überzeugen können, dafs der mehr oder weniger superficielle Sitz der Adenitiden auf die relativ kurze Dauer der Behandlung von grossem

Einfluss war, während in einigen Fällen von tiefer Adenitis die Pflasterkur weit länger sich erstreckte.

Auch der beträchtliche Umfang und die starke Konsistenz der Adenitis-Geschwulst sind von Einfluss auf die Dauer der Kur, obwohl in einigen Fällen (siehe No. 2, 3, 4, 22, Serie A, männliche Abteilung) trotz dieser besonderen Bedingungen die Heilung in ziemlich schneller und vollständiger Weise statthatte.

Zu der zweiten Serie (B) unserer Statistik gehören die klinischen Fälle von Epididymitis und Orcheoepididymitis, von denen 28 in der Klinik und 16 im Ambulatorium zur Behandlung kamen. Gewöhnlich wurde die Jodolbehandlung im Anfang der Krankheit oder während der Akme des Prozesses, wenn die akuten Entzündungserscheinungen des Nebenhodens oder der tunica vaginalis stark ausgesprochen waren, angewandt. Auch in jenen Fällen, in denen entzündliche Hydrocele und Ödem des Skrotum, begleitet auch von einem leichten Erythem der Haut desselben auftrat, unterliessen wir nicht die Jodolpflasterbehandlung. Auch die meistens bei blennorrhöischer Epididymitis auftretenden Komplikationen liessen mich nicht davon abhalten, diese Heilmethode von Anfang an oder im Verlauf der vorgeschrittenen Periode der Krankheit in Anwendung zu bringen. So wurde in einem Fall von Orcheoepididymitis, wo sich in der Folge ein Skrotalabscess einstellte, auch nach dem Aufbruch desselben, diese Behandlung mit gutem Erfolge angewandt.

Außer in den blennorrhöischen Formen fand das Jodolpflaster auch in einigen Fällen von syphilitischer Erkrankung der Hoden eine vorteilhafte und zweckmäßige Anwendung.

Was mir bei allen diesen Anwendungen am wichtigsten erschien, war, daß vor allem das Jodolpflaster von der kranken Stelle gut vertragen wurde, am meisten aber war ich überrascht zu sehen, daß diese Toleranz auch durch das Bestehen eines Erythems der Skrotalhaut, sowie durch vorhergegangene ekzematöse Erkrankung derselben nicht herabgesetzt wurde.

Dieser guten Eigenschaften wegen konnte diese Behandlung, unter Erneuerung der Jodolpflasterstreifen nach einigen Tagen, lange Zeit fortgesetzt werden, ohne daß es jemals zur Entwicklung von Ekzemen oder exfoliativer Dermatitis gekommen wäre.

Die wohlthätige Wirkung des Jodolpflasters äußert sich vom ersten Augenblick seiner Anwendung an, indem es die starken Schmerzen und das Gefühl der Spannung, das sehr häufig die Epididymitis und die Orcheoepididymitis blennorrhagica begleitet, beruhigt. Mehr noch aber als die antiphlogistische Wirkung sahen wir den resolvierenden Einfluss des Mittels, sei es im Akmestadium in dem raschen Verschwinden der

akuten Hydrocele oder in dem vorgeschrittenen Stadium in der Resorption der plastischen Infiltrate des Nebenhodens und der tunica vaginalis hervortreten. So beobachteten wir auch in jenen Fällen von gleichzeitiger Funiculitis, gekennzeichnet durch das Vorhandensein eines schmerzhaften daumdicken Stranges, rasches und vollständiges Abschwellen. Von diesem vollständigen Rückgang hatte ich ein glänzendes Beispiel in einem Fall von linksseitiger syphilitischer Sarcocoele, gekennzeichnet durch eine glatte, harte, indolente, ganseigroße Geschwulst, die, nachdem sie anderer vorausgegangener Behandlung Widerstand geleistet hatte, in relativ kurzer Zeit vollständig schwand, indem die tunica vaginalis und der Hoden zu normalen Verhältnissen zurückgingen.

Wir haben indessen auch Beispiele, wenngleich nur wenige, von subakuter blennorrhöischer Epididymitis zu verzeichnen, die beim Rückgangsprozess einen gewissen Widerstand bei der Jodolpflasterbehandlung aufwiesen; wir beobachteten dies, wenn der Nebenhoden einen oder mehrere stark infiltrierte und harte Knoten zeigte; diese geringere Wirksamkeit der Jodolkur zeigte sich besonders bei einigen ambulatorisch behandelten Patienten. — Neben den glänzenden Heilerfolgen des Jodolpflasters bei Epididymitis und Orcheoepididymitis fehlten auch nicht einige Fälle von Recidive, entweder auf derselben oder entgegengesetzten Seite, wie wir auch noch während dieser Behandlung die alternierende Epididymitis auftreten sahen. Diese Recidive kamen bei jenen Patienten vor, die, nachdem die Epididymitis durch die Jodolpflasterbehandlung geschwunden war, entweder den noch bestehenden Tripper vernachlässigten oder sich übermäßige Anstrengungen und Ausschreitungen zu Schulden kommen ließen; und auch hier beobachteten wir hauptsächlich diese Fälle bei den ambulatorisch behandelten Patienten.

Trotz alledem möchte ich als besonderen Vorzug Jodolpflasterkur betonen, daß dieselbe gerade in der Ambulatoriumbehandlung bei den Adenitiden, Epididymitiden und Orcheoepididymitiden sich geeignet und nützlich erweist. Hiervon haben wir einen deutlichen Beweis bei verschiedenen an Orcheoepididymitis Erkrankten, die nicht in der Klinik geheilt werden konnten, sich vielmehr der manchmal unbequemen Ambulatoriumbehandlung unterziehen mußten. Unter diesem Gesichtspunkt erweist sich das Jodolpflaster gerade von vorteilhaftester praktischer Bedeutung.

Über die dritte Serie (C) der vorstehenden Statistik bleibt mir nur wenig zu bemerken übrig. Die wenigen, in kleine Gruppen zusammengefaßten Fälle, gestatten keinen allgemeinen Schluß auf die sichere Wirkung des Jodolpflasters in den betreffenden Erkrankungen.

Der immerhin indessen erzielte glänzende Erfolg bei einigen der Kranken berechtigt zur Hoffnung, daß die Jodolpflasterbehandlung eines

Tages auch nicht nur auf venerische Krankheiten beschränkt werden könne. Und in dieser Absicht habe ich gerade unter der Rubrik „verschiedene Krankheiten“ die mit gutem Heilerfolge behandelten Fälle angeführt.

Erwähnen möchte ich hier besonders einen Fall von Mastitis chronica mit interkurrierenden akuten Perioden, gekennzeichnet durch mehr oder weniger entwickelte harte, schmerzhaftes Knoten, bei denen zunächst das rasche Verschwinden der Schmerzen und dann der Rückgang des Infiltrats sich bemerkbar machte.

Weiter wurde das Jodolpflaster noch in einigen Fällen spezifischer Infektion angewandt; aber weder bei den Syphilomen noch bei den Hautgummen wurden bessere Resultate wie mit dem Quecksilberpflaster erzielt. Bei gummöser Periostitis und den kleinen schmerzhaften periostalen Knoten, beobachtete ich hingegen den wohlausgesprochenen Unterschied, daß bei Anwendung des Jodolpflasters der Schmerz sogleich nachließ, während er beim Quecksilberpflaster bestehen blieb.

Von allen indessen in dieser Serie aufgenommenen Fällen verdient der unter No. 109 beschriebene ein ganz besonderes Interesse. Der Kranke, seines Berufs Nudelmacher, war syphilitisch und mit subkutanen Injektionen von Quecksilbercyanid behandelt worden. Infolge seines Berufs mußte er mit der Hinterbacke auf die Hebelstange einer Maschine drücken. Nach einer der ersten Einspritzungen bemerkte der Kranke die Bildung eines großen Knotens, der beträchtlich von Tag zu Tag zunahm und ihm starke Schmerzen verursachte, so daß der Kranke die betreffende Extremität nicht mehr bewegen konnte und in die Klinik aufgenommen wurde.

Die Geschwulst war eine sehr bedeutende, sodaß die rechte Hinterbacke fast das doppelte Volumen der linken betrug. Alle vorhergehenden Behandlungen mit Eis und mit resolvierenden Salben erwiesen sich vergebens; an einigen Stellen machte sich sogar eine leichte tiefe Fluktuation bemerkbar. Als das Jodolpflaster am 18. April angewandt wurde, verkleinerte sich das ausgedehnte tiefe Infiltrat der enormen Geschwulst rasch, und nachdem alle sechs Tage der Verband gewechselt worden war, war am 4. Mai die Geschwulst gänzlich verschwunden. — Nicht die Thatsache des Rückgangs der Geschwulst erschien mir von Wichtigkeit, sondern was mich überraschte, war vielmehr die kurze Zeitdauer, in der sie sich unter der Jodolpflasterbehandlung vollzog.

(Schluß folgt.)

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. März 1897.

(Originalbericht von LOUIS WICKHAM-Paris.)

Multiple Schanker. Herr PETRINI (Galatz) berichtet über einen Italiener mit 6 syphilitischen Schankern im Gesichte.

Urticaria. Herr LEMONNIER: Ein Patient wurde in 14—20tägigen Perioden jede Nacht von Urticaria befallen in der Weise, daß beim Erwachen die Hälfte des Gesichts und des behaarten Kopfes von einer riesigen Plaque bedeckt war. Auf der befallenen Seite bestand vollständige Amaurose. Diese Anfallperioden waren zuweilen durch nur kurze, freie Zwischenräume getrennt. Eine Atropinmedikation führte definitive Heilung der Dermatoze herbei, dagegen traten an ihre Stelle Anfälle von Erbrechen, welche sich alle Monate während 2—3 Tagen einstellten, ohne daß eine Ursache eruiert werden konnte.

Syphilitischer Schanker beider Mandeln. Herr JULLIEN: Ein 19jähriges Mädchen hatte wiederholt heftige und langdauernde Saugbewegungen an den Brüsten einer syphilitischen Cousine gemacht. Es läßt sich nun nicht feststellen, ob die Ansteckung eine direkte oder indirekte war, jedenfalls kam es bei der Patientin zum Ausbruch einer ausgebreiteten Roseola. Der Primäraffekt liegt auf beiden Mandeln in Form von zwei ausgebreiteten Geschwüren, deren Vorhandensein die Patientin nicht bemerkt hatte. Ausgebreitete Drüsenschwellungen am Kieferwinkel, dem Wangenfortsatz, der Cervikalgegend bis zur Clavikulargrube. Ein Coitus hat offenbar nicht stattgefunden, indem eine Mißbildung der Genitalien besteht (Fehlen der Vagina, infantiler Uterus, keine Menstruation) und das Hymen unversehrt ist. Die Patientin hat in der Kindheit an tuberkulöser Adenitis gelitten, was vielleicht die weite Verbreitung der gegenwärtigen spezifischen Adenitis erklärt.

Hypertrophische Narben nach Streptokokkenimpetigo. Herren BALZER und GRIFFON: Der vorgestellte Patient trägt am linken Arm eine Anzahl keloidartiger Narben, die sich auf dem Boden früherer Impetigopusteln entwickelt haben, in welchen man Reinkulturen von Streptokokken nachgewiesen hatte. Der keloidartige Charakter der Narben ist nur ein vorübergehender, indem sie sich bereits abflachen, rosarot aussehen und nicht die harte Konsistenz der Keloide aufweisen; wahrscheinlich werden sie das umgebende Hautniveau nicht mehr überragen. Eine ähnliche hypertrophische Narbe hat sich auf dem Boden einer ausgeheilten Wunde am anderen Arm ausgebildet, was für eine besondere Disposition des Patienten zu solchen hypertrophischen Bildungen spricht; vielleicht hat auch der Streptococcus eine embryonale Proliferation auf dem Grunde der Pusteln verursacht.

Parasitärer Ursprung der Kahlheit. Herr SABOURAUD kommt noch einmal zurück auf seine Theorie von der Seborrhoea adiposa, die je nach ihrem Sitze im Gesichte als Acne oleosa oder Acne comedo oder auf dem Kopfe als Seborrhoea oleosa bekannt ist. Überall sitzt sie in den Haarfollikeln, deren oberes Drittel die Bacillenkolonie einnimmt, welche von einer Hornscheide nach Art eines Cocon umgeben ist. Die Pilzinvasion des Follikels wird stets von zwei Erscheinungen begleitet: einer Hypersekretion der Talgdrüse und dem Ausfall des Haares. Der spezifische Seborrhoe-

bacillus besetzt den Follikel und erzeugt an dessen Grund in der Umgebung der Papille einen Andrang von Wanderzellen; die Papille atrophiert und stirbt schliesslich ab, wonach das Haar ausfällt. Der gleiche Prozess geht in den anscheinend kahlen Hautpartien vor sich. In dem reichlich sezernierten Fettstoff findet man in Masse die ausgestossenen Cocons mit dem spezifischen Bacillus, der sich nach und nach in die bisher resistent gebliebenen Follikel einnistet, bis der Prozess ein allgemeiner und die Kahlheit eine vollständige geworden ist. Die Gewinnung einer Reinkultur des *Seborrhoeabacillus* ist sehr schwierig und wird nach sechstägiger Erwärmung bei 65 bis 67° C. in saurer Glycerin-Pepton-Gelose erzielt. Die Kolonie hat ein ziegelrosarotes Aussehen und ist im Zentrum etwas erhaben. Solche Kulturen hat nun S. durch Porzellan filtriert, das Filtrat in die Haut injiziert und nach 40 Tagen eine allgemeine Alopecie erzeugt. Es findet nämlich auch unter natürlichen Verhältnissen nicht eine direkte Beeinflussung der Haarpapille durch den Bacillus statt, sondern indirekt durch die Toxine. Unter allen Umständen ist der parasitäre Ursprung der Kahlheit erwiesen.

Gutartige cystische Epitheliome. Herr BROcq stellt ein 16½-jähriges Mädchen vor, bei dem seit dem 14. Jahre in der Gegend oberhalb des Sternums und der Claviculae kleine, stecknadelkopf- bis linsengroße, mattweisse oder rosarote, glatte oder etwas unebene, 1—1,5 mm das Hautniveau überragende, feste, indolente Tumoren ohne Abschuppung auf der Oberfläche, ohne Jucken oder Brennen aufgetreten sind. Sie sind symmetrisch disponiert und zwar meist in Form von querverlaufenden Streifen. Es handelt sich um die Affektion, welche von DARIER und JACQUET als eruptive Hydradenome, von JACQUET als gutartige cystische Epitheliome, von TÖRÖK als Syringocystadenome, von BESNIER als cystische epitheliomatöse Naevi bezeichnet wurde. Bezüglich der Therapie ist zu bemerken, dass grüne Seife vorübergehende Besserung bringen kann.

Diffuse totale Alopecie und Ansteckung. Herr FEULARD zeigt eine Mutter mit ihrem Kinde, welche beide vollständig kahl sind. Bei der Mutter besteht die Affektion seit 8 Jahren, beim Kinde seit 6 Monaten.

Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi. Herren VALUDE und LAUR: Es ist dies der achte bekannte Fall von primärem Schanker der Conjunctiva und betrifft einen 25jährigen Mann. Der Schanker sitzt am rechten Auge in Gestalt eines roten Knötchens. Infiltrationen der präaurikularen und submaxillaren Lymphdrüsen. Rückgang nach 20 Tagen nach Quecksilbermedikation. (Jodid in Pillen).

Syphilis. Herr FOURNIER stellt ein Kind vor mit heredosyphilitischen Stigmata: Exostosen an der Ulna, Kontraktur des Biceps).

Ulceration unbekannter Natur. Der Patient, den Herr LAINÉ vorstellt, trägt am Daumenrücken ein hartnäckiges Geschwür oberflächlicher Art und ein Bläschen in der Nähe der Schulter. Anästhesie der ganzen Seite. Wahrscheinlich handelt es sich trotz dem Fehlen anderer hysterischer Stigmata um trophische Störungen hysterischer Natur (monosymptomatische Hysterie).

Die Herren JACQUET und JEANSELME halten eine Syringomyelie für wahrscheinlicher, obwohl alle drei Arten von Sensibilität in diesem Falle aufgehoben sind.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Besprechungen.

Die Hygiene in den Barbierstuben, von HEINR. BERGER, Kreisphysikus in Neustadt am Rübenberge, Hannover. (Basel 1896. Carl Sallmann.) Mit Recht lenkt Verfasser die Aufmerksamkeit auf ein Stiefkind in der Hygiene, die gesundheitlichen Verhältnisse in den Barbierstuben. Eine der wichtigsten Übertragungsmöglichkeiten von Pilzen auf die Kopfhaut besteht unstreitig in den Friseurläden. Verfasser beklagt den Indifferentismus der großen Masse, an dem der Nutzen der Aufklärungen über die Gefahren in der Barbierstube scheitert, und tritt deshalb energisch für die Einführung staatlicher Verordnungen ein.

Am häufigsten wird wohl Herpes tonsurans der behaarten und unbehaarten Teile und speziell des Bartes (Sykosis hyphogenes) übertragen, 90% der Erkrankungen an Herpes tonsurans lassen sich auf die Barbierstuben zurückführen. Weiter werden übertragen Impetigo contagiosa, akute Ekzeme der Kopfhaut beim Haarschneiden, Bürsten, Shampoonieren, impetiginöse Ekzeme, Acne varioliformis. Durch den Rasierpinsel wurde Trichorrhix nodosa übertragen, auch die Alopecia areata ist Verfasser geneigt, für parasitär, also übertragbar, zu halten, wie auch die Alopecia pityrodes.

Sicher erwiesen ist die Übertragung von Syphilis in Barbierstuben (BLASCHKO). Die Übertragung von Tuberkulose und Cholera ist als möglich in Barbierstuben zugegeben durch Servietten u. dergl.; auch die von Milzbrand ist erwiesen und zwar durch Verletzung mit einer Bürste beim Frisieren.

Nicht nur alle in den Barbierstuben benutzten Gegenstände, also Servietten, Handtücher, Mäntel, Schwämme, Puderquasten, Kämmе, Bürsten, Scheren, Rasiermesser, Rasierpinsel, Streichriemen, Stühle, Kissen, Zigarren und Zöpfe ermöglichen eine Übertragung von Krankheiten, sondern auch die Hände des Barbiers selbst. Schließlich ist auch noch eine unmittelbare Übertragung möglich, nämlich wenn der Barbier selbst krank ist. (Die Übertragung durch die Hände des Barbiers ist nach des Ref. Ansicht weitaus die häufigste; trotz aller hygienischen Maßnahmen wird die Ansteckungsgefahr nicht vermindert, wenn die Friseure sich nicht dazu bequemen, nach und vor jeder Dienstleistung im medizinischen Sinne sich die Hände zu reinigen. D. Ref.)

Verfasser fordert die Erfüllung folgender Sätze:

1. Der Barbier muß frei sein von Epilepsie, Krämpfen jeder Art, Trunksucht und ansteckenden Krankheiten.
2. Mit ansteckenden Haut-, Haar-, Bart- und Geschlechtskrankheiten Behaftete dürfen in öffentlichen Barbierstuben nicht behandelt werden, sie dürfen nur in ihrer eigenen Wohnung mit eigenen Instrumenten behandelt werden.
3. Am besten läßt sich jeder nur mit eigenen Instrumenten behandeln.
4. Als Bürsten dürfen nur gute Haarbürsten verwendet werden, welche eine regelmäßige Reinigung gestatten, die Kämmе sollen aus gutem Horn, Kautschuk oder Schildpatt sein.
5. Anstatt der Puderquasten sind kleine Wattebäusche zu verwenden, welche nach der Benutzung weggeworfen werden.
6. Handtücher, Mäntel, Servietten müssen immer sauber, frisch gewaschen sein, anstatt der leinenen Servietten empfehlen sich der Billigkeit wegen papierene, die nach dem Gebrauch weggeworfen werden.

7. Kämme sind nach dem Gebrauch mechanisch zu reinigen und in Sublimatlösung zu desinfizieren; Scheren, Rasirmesser und Rasierpinsel sind nach dem Gebrauch auszukochen oder mit in absoluten Alkohol getauchtem Wattebäuschchen abzuwischen.

8. Anhauchen und Abwischen des Streichriemens mit der Hand ist verboten.

9. Der Kopf soll öfter gereinigt werden, wobei Kratzen zu vermeiden ist; der Gebrauch der sogen. Walze ist verwerflich.

10. Die Hände des Barbiers müssen immer peinlichst sauber sein, sein Anzug soll hell sein und am Halse und an den Händen straff schliessen.

11. Das Wegpusten der Haare beim Schneiden ist verboten.

12. Der Barbier und das Publikum sind über die ansteckenden Krankheiten, speziell über Haut-, Haar-, Bart- und Geschlechtskrankheiten zu belehren.

13. In Barbierstuben muß ein Regulativ in Plakatform angebracht werden, in dem die aufgeführten Vorschriften enthalten sein müssen.

14. Die Friseurgeschäfte sind einer Konzession und einer fortwährenden Beaufsichtigung zu unterwerfen.

Der interessanten Arbeit geht ein historischer Überblick über die Befugnisse und das Gebahren der Barbieri bei den alten Griechen und Römern etc. voraus.

Karl Ries-Stuttgart.

Dystrophia papillaris et pigmentaria (Akanthosis nigricans) und ihre Beziehungen zur Carcinomatose der Bauchhöhle, von COUILLAUD (Paris 1896, mit 4 lith. Tafeln). Die Akanthosis nigricans bildet einen wohlumschriebenen Typus, der sich durch folgende Punkte kennzeichnet: 1. vegetierende Hypertrophie der Papillen, 2. Pigmentation, 3. Dystrophie der Haare und Nägel, 4. Fehlen von Desquamation. Konstant bestehen gleichzeitig Störungen des Allgemeinbefindens infolge von ausgesprochener oder latenter Carcinomatose der Abdominalhöhle. In Anbetracht des histologischen Befundes erscheint die Bezeichnung Akanthosis nigricans als ungerechtfertigt, da die dystrophischen und Pigmentveränderungen nicht allein die Epidermis, sondern auch den Papillarkörper der Cardia betreffen. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der inneren Organe hat bisher keine Anhaltspunkte geliefert zur Erklärung des pathogenetischen Mechanismus der Hautläsionen. Bezüglich der Pathogenese kann hier kein Zweifel darüber herrschen, daß die Carcinomatose als die primäre Ursache der Dermatoze zu betrachten sei. Ob aber diese letztere als eine carcinomatöse Autointoxikation oder aber als die direkte Wirkung des Carcinoms auf den Bauchsympathicus zu betrachten sei, ist vorläufig nicht festzustellen; doch erscheint die letztere Hypothese als die wahrscheinlichere. Das gleichzeitige Bestehen von abdominalen Störungen und von Pigmentation mit papillärer Hypertrophie muß den Verdacht auf Akanthosis nigricans erwecken, wie andererseits die genannten Hautveränderungen eine Bauchcarcinomatose wahrscheinlich machen. Von großer Wichtigkeit in Bezug auf die chirurgische Therapie ist der Umstand, daß die Akanthosis öfters ein frühzeitiges Symptom des Abdominalcarcinoms bildet.

C. Müller-Genf.

Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen, von WILHELM FLIESS. (Franz Denticke. Leipzig und Wien 1897.) Das vorliegende sonderbare Buch, ausgehend von Beobachtungen an der Nase, baut auf diesen Theorien von weitrager biologischer Bedeutung. Der Verfasser stellt fest, daß synchron mit der Menstruation Nasenveränderungen sich einstellen, bestimmte Stellen der Nasenschleimhaut in inniger Beziehung zu den weiblichen Genitalien stehen; er bezeichnet sie als „Genitalstellen“. Durch nasale Eingriffe kann man die Perioden-

intervalle verändern. Es giebt eine nasale Form der Dysmenorrhoe, die durch Kokainisierung festgestellt, durch Ätzung geheilt werden kann. Es würde zu weit führen, wollten wir hier auseinandersetzen, wie auch Gravidität, Geburtsvorgänge, Licitation etc. mit der Nase in Zusammenhang stehen. Es finden sich da eine Unmasse von Feststellungen, die, obgleich sie durch viele Krankengeschichten belegt sind, auf schwachen Füßen zu stehen scheinen, zweilen etwas mystischen Charakter haben. Dieser ist vollends vorhanden, wenn Verfasser, gestützt auf seine Nasenstudien, feststellt, daß sich das Leben abspielt in zwei Typen mit 28tägigen (weiblichen) und 23tägigen (männlicher) Perioden, und diese Typen sich forterben, Lebensdauer, Sterbetag, Verlauf von Krankheiten etc. beeinflussen, zu allen möglichen histologischen Vorgängen in Beziehung stehen. So kommt der Verfasser von der Nase zu den weittragendsten Problemen und beweist, welche rege Phantasie ihm eigen ist. Ich fürchte, daß sich nicht gar viele finden werden, die die Nasenstudien in ihrer Bedeutung für die Biologie in gleicher Weise zu würdigen wissen werden, wie der begeisterte Verfasser.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten nebst einer kurzen Kosmetik für Ärzte und Studierende, von Dr. PAUL THIMM (Georg Thieme. Leipzig, 1896). Das vorliegende Büchlein enthält im wesentlichen eine ausführliche Wiedergabe der in der MAX JOSEPHS-Poliklinik üblichen Therapie. Es beginnt mit einer sehr zweckentsprechenden Besprechung der für die allgemeine Dermato-Therapie maßgebenden Grundsätze, woran sich eine Erörterung der gebräuchlichen Applikationsmethoden und Medikamente schließt. Hier hätte manches obsolete wie Boluspasten, Kleisterpasten, Bleipasten, Saponimente etc. schon fortgelassen werden können. Vermißt werden die UNNASchen Pasten mit Terr. silicia, die sehr stark austrocknende Magnesia carbonica, eine Besprechung des doch nicht ganz unwichtigen Hydrargyrum. Im ganzen ist der allgemeine Teil gelungen. Auf Einzelheiten, denen wohl nicht alle Autoren zustimmen werden, einzugehen, wäre natürlich am Platze. Weniger genügt der spezielle Teil höheren Ansprüchen. Hier waltet einerseits wenig Kritik, andererseits ist manches bewährte Heilverfahren nicht erwähnt. Bei der Akne und Acne rosacea vermißt man das Resorcin, die Salicylsäure, das Sublimat, bei der Alopecia areata das zweifellos beste Medikament, das Chrysarobin, sowie die Faradisation. Die Dysidrosis dürfte doch mit Salicylsäure und Teer der Therapie mehr zugänglich sein. Die Bedeutung des Schwefels, Resorcins, Ichthyols für alle seborrhoischen Ekzeme wird gar nicht gewürdigt. Die Annahme von der Unheilbarkeit der Pityriasis rubra (HEBRA) ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Bei der Therapie der Pityriasis versicolor werden Calc. subsulfur., Tinct. jodi, Ung. Wilkinsonii, bei der Therapie der Psoriasis Pyrogallol und Schwefel sehr vermißt. Daß bei Scabies Naphtol (nicht Naphthol) das beste Heilmittel ist, dürfte zumal bei der großen Intoxikationsgefahr doch bezweifelt werden. Bei Kindern besonders müßte man es immer vermeiden. Der Rat, wenn nach der Schälung die Haut noch juckt, von neuem einzureiben, ist sehr gefährlich; meistens ist dieses Jucken dann eine Folge der medikamentösen Hautreizung, das durch eine unnütze, neue Applikation der Antiscabiosa nur gesteigert wird. Die Sykosis idiopathica (d. i. coccogenes) ist ganz stiefmütterlich behandelt; so einfach ist die Therapie nicht. Ebenso hätte die Urticaria, speziell die Urticaria papulosa der Kinder, mehr Berücksichtigung verdient.

Es würde zu weit führen, wollte ich mich fernerhin in Einzelheiten ergehen, zumal ja auch bei der Therapie der Sexualleiden schließlich im ganzen die im JOSEPHSchen Lehrbuch niedergelegten therapeutischen Grundsätze hier zum Ausdruck kommen. — Die beigegefügte Kosmetik ist ziemlich ausführlich behandelt. Ein Rezeptanhang bringt 305 Formeln.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende, von Dr. MAX JOSEPH. II. Teil. Geschlechtskrankheiten. II. Auflage. (Georg Thieme. Leipzig 1896.) Das allgemein sehr freundlich aufgenommene JOSEPH'sche Lehrbuch hat schnell eine zweite Auflage erlebt. In der That ist das sehr klar geschriebene, den Stoff in genügender Weise erschöpfende Buch durchaus geeignet, den Praktiker zu belehren. Die zweite Auflage ist nicht wesentlich verändert und trägt den modernen Anschauungen in jeder Weise Rechnung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermato-therapeutisches Vademecum (mit Berücksichtigung neuerer Arzneimittel-ormen und Heilmittel), von R. LEDERMANN. (*Allg. med. Centralztg.*) In kurzer, aber gediegener Form hat Verf. in dem kleinen Werkchen, das einen Bestandteil des Rezepttaschenbuchs der *Allg. med. Centralztg.* bildet, die Behandlung der Hautkrankheiten bearbeitet. Das Kapitel „Die Hygiene der Haut“, die, wie Verf. sehr richtig bemerkt, einen integrierenden Teil der Lehre von der Kosmetik bildet, leitet das Werkchen ein und redet einer vernunftgemäßen wissenschaftlichen Anwendung der Hydrotherapie eindringlich das Wort. Bei dem Abschnitt „Behandlung der Hautkrankheiten“ wird besonders betont, daß das nicht seltene Zusammentreffen von Erkrankungen der Haut mit denen innerer Organe und des Nervensystems in jedem Falle von dem Therapeuten die sorgfältigste Beachtung des Gesamtorganismus verlangt; so verlangen Ekzeme bei Chlorotischen gleichzeitig eine robrierende Eisen-Chinin-Arsenbehandlung, Lupuskranken intern Kreosot oder Guajakol, Urticaria oder Furunkel bei Diabetikern eine entsprechende Diät etc.

Die größte Sorgfalt ist dem Kapitel „Externe Behandlung“ gewidmet. Verf. hält denjenigen für den größten Künstler auf dem Gebiete der Therapie, der mit einem kleinen Schatze von Arzneimitteln und mit geschickter Kombination derselben die glänzendsten Erfolge erzielt. Es werden der Reihe nach die Salben, Pasten, Leime, Linimente, Pflaster und Salbenmulle, Pasten- und Salbenstifte, Seifen, Opodeldoken, Saponimente etc. einzeln auf ihre Verwertbarkeit geprüft und jedem Mittel die Zusammensetzung und Indikationsstellung beigelegt. Eine eingehende Besprechung finden im speziellen Teil die neueren Mittel, wie Airol, Europhen, Loretin, Nosophen.

Das Ganze ist ein wertvoller Leitfaden für den Praktiker, schade nur, daß der Druck so klein ausgefallen.

Karl Ries-Stuttgart.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Neue Thatsachen über reduzierende Heilmittel, von P. G. UNNA. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1896. S. 89.) Die vom Verfasser besonders an der Hand von Ichthyol und Resorcin angestellten Studien über reduzierende Heilmittel sind allgemein mit Erfolg in die Praxis übertragen. Die Zahl derselben wird besonders durch Versuche mit den Reduktionsmitteln des Photographen erweitert werden können; im Amidol hat Verfasser schon ein solches Heilmittel erkannt. Jetzt hat sich Verfasser die Aufgabe gestellt, die chemischen Wirkungen der einzelnen Heilmittel abzugrenzen von der

allen, in diese Gruppe zählenden Heilmitteln gemeinsamen Reduktionswirkung, d. h. die Anfangs- und Endprodukte, die bei diesen Heilmitteln während ihrer Einwirkung sich bilden, genauer zu prüfen. Zu diesem Zwecke liefs er oxydiertes Pyrogallol herstellen, das dem auf der Haut spontan schwarz gefärbten in allen Stücken gleicht. Er verglich dann die Wirkung der weissen Salbe von Pyrogallol und der schwarzen Salbe von Pyrogallolum oxydatum. Es zeigte sich, dafs erstere die kranken Stellen bei Psoriasis heilte, die gesunden schwärzte und reizte, letzteres auch die kranken Stellen heilte, aber die gesunden in keiner Weise veränderte. Daraus geht hervor, dafs:

1. die Heilung der Psoriasis unter Pyrogallolwirkung nicht auf Oxydation des Pyrogallol beruht, d. h. keinen Reduktionsprozefs darstellt, sondern auf die Einwirkung des Oxydationsproduktes zurückzuführen ist;

2. die Nebenwirkungen auf der gesunden Haut bei Pyrogallolapplikation, die Schwärzung und Entzündung eine Folge der Oxydation des Pyrogallol ist, d. h. auf einem Reduktionsprozefs beruht.

Es wirkt das Pyrogallol also auf die gesunde Haut reizend während der Oxydation; an der kranken fehlen die Bedingungen für diese Oxydation; umgekehrt läfst das Pyrogallolum oxydatum die gesunde Haut intakt.

Diese Versuche waren bei Psoriasis und chronischen Ekzemen angestellt. Die weiteren erstreckten sich auf den Lupus erythematosus, bei dem eine zu starke Pyrogallolwirkung auf die Umgebung die Ausbreitung der Affektion sogar direkt fördert. Es fragte sich, wie hier das Pyrogallolum oxydatum wirkt. Die Wirkung stellte sich als eine sehr günstige heraus; Pflaster mit Pyrogallolum oxydatum erzielten gute Erfolge.

Eine weitere Probe wurde bei Lepra gemacht. Lepraknoten werden schwarz, wenn man sie mit Pyrogallol behandelt. Dieselbe Färbung bewirkt auch das oxydierte Präparat; es ist also diese Reaktion durch letzteres hervorgerufen.

Niemals hat Verfasser bei dem Pyrogallolum oxydatum eine Schwärzung des Urins beobachtet. Es ist deshalb dasselbe als unschädlich anzusehen; auch intern wurde es in einer Menge von 0,05—1,0% pro die Monate hindurch von Leprösen gut vertragen. Die Blutveränderung nach Pyrogallolgebrauch ist also eine echte Reduktionswirkung.

Die milde Wirkung des Pyrogallolum oxydatum ermuntert zu Versuchen bei Leiden, die sonst Pyrogallol nicht vertragen, so bei Schleimhautkatarrhen. Es scheint sich hier auch in Dosen von $\frac{1}{2}$ —1% zu bewähren.

Man kann das Pyrogallolum oxydatum auch mischen mit Zink, Quecksilberoxyd, Oxyden der Metallsalze, Kalkwasser, Bleiwasser, was man beim Pyrogallol nicht darf. Bei seborrhoischen Ekzemen und Pityriasis capitis ist sehr wirksam:

Adep. lan.

Aq. calcis

Aq. chamomill.

Ung. Zinc. $\overline{\text{aa}}$ 10,0

Sulf. praecip. 2,0

Pyrogallol. oxyd. 0,4.

Bei hartnäckigen Unterschenkelgeschwüren ist geeignet:

Past. Zinc. sulf. 20,0

Pyrogallol. oxyd. 0,1

Mf. pasta.

Das Pyrogallolum oxydatum ist auch stabiler und für Dauerpräparate sehr geeignet, so für Pflastermulle, Seifen. Kurz das neue Präparat hat sich in der Praxis

überall bewährt, wo man nicht gerade die entzündliche, auf Reduktion beruhende Wirkung des Pyrogallol ausnahmsweise wünscht. Weitere Untersuchungen sollen sich auf die chemische Konstitution, weitere klinische Prüfung der verschiedenen Oxydationsprodukte, auch verwandter Heilmittel, erstrecken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Airol, ein neues Wundheilmittel, von HAHN-Pyritz. (*Ärzt. Prakt.* 1896. No. 13.) Airol ist ein graugrünes, geruchloses, spez. leichtes, in verdünnten Mineralsäuren und Laugen lösliches, in Wasser, Alkohol, Äther unlösliches Pulver. Chemisch ist es Wismutoxyjodidgallat, also Dermatol, in welchem eine Hydroxylgruppe durch Jod ersetzt ist. Es soll die Vorzüge des Dermatols und Jodoforms vereinigen und ein Ersatz des letzteren sein. Das Jod spaltet sich in dem alkalischen Wundsekret leicht ab, was sich durch Übergang der graugrünen in rötlichgelbe Farbe des Pulvers kund thut. HAHN lobt das Mittel, welches er zuerst bei einer gangränösen Quetschwunde anwandte, wo Jodoform nur schwach wirkte, es kam darunter sehr schnell zur Abstossung des Gangränösen und zu reger Granulationsbildung. Seitdem wendet es H. an Stelle des Jodoforms bei Exkorationen, genähten Hautwunden an, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu bemerken. Ganz eklatante Wirkung hatte das Mittel auch in einem Falle von Ulcus cruris mit starker Sekretion. Mit Glycerin aufgeschüttelt wurde Airol in eine Brustdrüsenfistel injiziert und führte schnell zur Heilung. Airol bei Geschlechtsleiden anzuwenden hatte H. keine Gelegenheit.

L. Hammerschlag-Essen.

Über den Wert des Amyloforms in der Chirurgie, von C. LONGARD-Aachen. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 10.) Das Amyloform ist eine chemische Verbindung von Formaldehyd und Stärke, ein Pulver von weißer Farbe, vollständig geruchlos und ungiftig. Es fühlt sich sandig an, ist in allen Lösungsmitteln unlöslich und hat eine so hohe Beständigkeit, daß selbst bei Temperaturen bis zu 180° keine Zersetzung eintritt. Es ist ein energisch wirkendes, desodorierendes und sekretionshemmendes Antiseptikum, welches neben seiner hohen Beständigkeit völlig reizlos und ungiftig ist und dem Jodoform in keiner Weise nachsteht.

L. Hoffmann-Berlin.

Über einige künstlich hergestellte Ester des Cholestearins, von SANTI. (*Corresp. f. schw. Ärzte.* 1896. No. 21.) Neben den von BERTHELOT dargestellten Ester des Cholestearins bereitete S. nachfolgende: das Cholestearinsteat, das Palmitinat, das Oleat, das Acetat und das Benzoat. Die Haupteigenschaften derselben sind: 1. ihre schwere Verseifbarkeit in wässrigen Alkalien, 2. ihre geringe Löslichkeit in gewöhnlichem Alkohol. In der ersten Eigenschaft liegt ein sicheres Mittel, die Ester des Cholestearins von den Glyceriden sicher zu trennen; in der letzteren ein solches um alles freie Cholestearin das in Gemengen vorkommen kann mit aller Sicherheit auszuscheiden, da Cholestearin in Alkohol leicht löslich ist.

C. Müller-Genf.

Dünndarmpillen und -Kapseln. (*Pharmac. Centralhalle.* 1896. No. 23.) Das Verfahren von Apotheker C. FR. HAUSMANN in St. Gallen besteht darin, daß die fabrikmäßig fertig gefüllten Kapseln 18 Minuten in 0,8%iger Lösung von Formaldehyd gelegt, mit Wasser abgespült und bei 50° getrocknet werden, wovon die Gelatine derartig verändert wird, daß sie zwar im Magensaft unlöslich ist, durch das Pankreasferment im Dünndarm aber aufgelöst wird. Ein weiteres Verfahren ist das folgende: Man löst Schellack in Boraxlösung, verdampft zur Trockne, befreit den Rückstand durch Lösen in Alkohol und Filtrieren von überschüssigem Borax, verdunstet den Alkohol, löst die zurückbleibende, Keratoid genannte, leimartige Masse wieder in Alkohol und überzieht mit dieser Lösung die Pillen. Nach dem Trocknen

bewegt man die derartig überzogenen Pillen 2 Stunden lang in 33 %iger Essigsäure hin und her und wiederholt später das Überziehen mit Schellack und das Behandeln mit Säure.

A. Strauß-Barmen.

Über Gelanthum, von P. G. UNNA. (*Deutsch. Medizinalztg.* 1896. No. 73.)

Die Bemühungen des Verfassers um die Herstellung eines wasserlöslichen Firnisses haben durch die Herstellung des hier beschriebenen Präparates ihren Abschluß gefunden, welches sich dem Unguentum Caseini anreicht. Das Gelanthum ist hergestellt durch Mischen des Traganthfirnisses mit der zum Teil durch Erhitzen ihrer Gelatinisierungsfähigkeit beraubten Gelatine in geringer, $2\frac{1}{2}\%$ iger, Prozentuierung. Durch diese Mischung erhält man ein Vehikel, welches die unlöslichen Medikamente auf das feinste verteilt, dauernd suspendiert erhält und schnell zu einer tadellosen, glatten, nicht klebrigen Decke eintrocknet. Das Gelanthum nimmt alle Medikamente in extremsten Mengen auf, so 50% Ichthyol, bis 40% Salicylsäure, Resorcin, Pyrogallol, bis 5% Carbolsäure, bis 1% Sublimat. Selbst einander sonst beeinflussende Medikamente bleiben im Gelanthum ohne gegenseitige Einwirkung. Durch diese Vielseitigkeit wird die Gelanthumbehandlung den Salben und Pasten ungeheuern Abbruch thun. Auch mit Fetten kann es bis 10% versetzt werden, mit Glycerin bis 20%. Eine parfümierte Mischung des Gelanthum mit 10% Fett wird als Gelanthecrème in den Handel gebracht. Die Herstellungsweise ist folgende:

Stücke rohen Tragantbes werden mit der 20fachen Wassermenge 4 Wochen in der Kälte, dann einen Tag unter Rühren mit Dampf zum Aufquellen gebracht und durch Mull gepresst. Die Gelatine wird kalt zum Quellen gebracht, dann in UNNAs Dampftrichter nach längerer Einwirkung eines Dampfüberdruckes, welches ihr einen Teil der Gelatinisierungsfähigkeit entzieht, filtriert. Die Mischung beider Massen läßt man weitere zwei Tage im Dampf quellen, presst sie durch Mull, setzt 5% Glycerin, etwas Rosenwasser und 2% Thymol zu. Der Gelanth enthält von Tragant und Gelatine je $2\frac{1}{2}\%$. Die zuzusetzenden Medikamente müssen, soweit sie nicht in Wasser löslich sind, mit Wasser zu einer weichen Paste verrieben werden, bevor sie dem Gelanth beigemischt werden. Fette muß man vorher mit Gummi und Wasser emulgieren.

Der Gelanth hat vor dem Zinkleim die Vorzüge:

1. sich kalt auftragen zu lassen;
2. keiner Watte oder Bindenbedeckung zu bedürfen;
3. auch an mit kurzen Haaren bedeckten Stellen sich auftragen zu lassen;
4. starke Wirkungen der inkorporierten Medikamente sich entfalten zu lassen;
5. sich mit allen Medikamenten, besonders mit hohen Dosen Salicylsäure zu mischen.

Mechanische Leistungen, wie der Zinkleim, entfaltet Gelanth nicht.

Vor dem Unguentum Caseini zeichnet sich Gelanth aus durch die größere Aufnahmefähigkeit für Medikamente und Billigkeit. Bei stark pruriginösen, mit Epithelverdickungen einhergehenden Ekzemen und Prurigo dürfte das Unguentum Caseini den Vorzug haben, da es sich besser für Teer eignet und die Oberhautverdickung günstig beeinflusst, während Gelanth indifferent ist.

Trockene, ausgedehnte Ekzeme eignen sich zuerst als Versuchsobjekte für Gelanth; dann umschriebene Dermatosen, wie Psoriasis. Hier wird man nach der Applikation mittelst Zinkpflaster oder Zinkleim leicht einen Dauerverband anlegen und gleichzeitig die Umgebung schützen.

Verfasser stellt das neue Präparat in Bezug auf seine Vollkommenheit den Salbenmullen, den Pflastermullen und dem Zinkleim an die Seite.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Formaldehyd-Casein, von BOHL. (*Munch. med. Wochenschr.* 1896. No. 38.) Ein neues Präparat, ein Kondensationsprodukt aus Casein und Formaldehyd, dargestellt von MERCK in Darmstadt wurde auf der Dorpater chirurgischen Klinik geprüft, wobei sich folgendes ergab:

Das Formaldehyd-Casein hat schwach antiseptische Eigenschaften, ohne die Mikroorganismen der Eiterung stärker zu beeinflussen wie andere Antiseptika. Es kann die Eiterung frischer Wunden verhindern, wenn diese nicht von vornherein stark infiziert waren.

Eiternde granulierende Wunden beeinflusst Formaldehyd-Casein langsam durch Beschränkung der Eiterung und adstringierende Wirkung auf die Granulationen. Eine Eiterung, welche durch nekrotische Gewebsetsen unterhalten wird, ist durch Formaldehyd kaum zu beeinflussen; erst wenn dasselbe nach Abstofsung der nekrotischen Teile auf das Gewebe wirkt, vermag es die Sekretion einzuschränken.

Wirkungen auf grössere Entfernungen, z. B. von einer Wunde aus auf die infizierten Lymphbahnen kommen dem Formaldehyd-Casein nicht zu. Auf die Haut wirkt es nicht reizend, ja auch ekzematöse Stellen der Haut hindern die Anwendung desselben nicht.

Das Ulcus molle wird durch das Präparat langsam, das Ulcus durum gar nicht beeinflusst. Allgemeine Wirkungen oder Vergiftungen waren nicht zu beobachten.

Im ganzen erscheint das Formaldehyd-Casein in seiner Wirkung dem Glutol ähnlich. Besonders ist die Bildung eines aseptischen Schorfes bei frischen Wunden beiden eigentümlich, während ihre Wirkung auf eiternde Wunden nur eine beschränkte ist.

Neuhaus-München.

Ein Fall von Jodoformvergiftung, von MC. CORMACK. (*The Brit. med. Journ.* 11. April 1896. S. 907.) Der Verfasser behandelte eine Verletzung am Mittelfinger der linken Hand mit antiseptischen Lösungen und mit Jodoform. Am dritten Tage zeigten sich Blasen am Zeige- und Mittelfinger. Der Jodoformverband wurde fortgesetzt. Am nächsten Tage war die Hand geschwollen, heiss, die Haut an den befallenen Fingern schälte sich ab, gleichzeitig zeigte sich am Körper ein masernähnlicher Ausschlag, der an einzelnen Stellen näfste. Nunmehr wurde das Jodoform bei Seite gesetzt und die Hand mit LASSARScher Paste eingerieben, worauf Heilung eintrat.

C. Berliner-Aachen.

Zur Wirkung des Loretins, von WURTH. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 40.) Verfasser hat das von Prof. CLAUS entdeckte jodhaltige Antiseptikum, das Loretin, als Seife bei einer Dame, die schon seit Jahren an einem sehr störenden und unangenehmen Ekzem der Hände infolge Erfrierens zu leiden hatte, mit so günstigem Erfolge angewandt, dafs er dasselbe nur empfehlen kann.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Pflasterpapiere, von KARL HERXHEIMER. (*Therap. Monatsh.* 1896. Heft 10.) Um eine grössere Klebekraft der Pflaster zu erzielen, hat H. gefunden, dafs dazu als Unterlage sich am besten Papier eignet und dem Apotheker Dr. Fresenius ist es gelungen, ein japanisches Seidenpapier zu erhalten, das ungeleimt unseren Anforderungen vollkommen entspricht. Die Pflastermasse ist je nach dem einzuführenden Medikament zu modifizieren. Die Grundlage der Mischung bildet entweder die Heftpflaster- oder die Pricksche Seifenpflastermasse; letztere empfiehlt sich nur zu den Salicylpflasterpapieren. Die Prozentsätze der zu inkorporierenden Arzneimittel schwanken natürlich je nach dem Bedürfnis, doch ist zu merken, dafs durch zu hohen Gehalt an einzuführenden Körpern die Klebekraft des Papiers leidet. Einige

Arzneimittel, wie Chrysarobin und Pyrogallol lösten sich vollkommen in der Pflastermasse. Die bestrichene Seite des Papiers ist mit einem Mull bedeckt. Die Vorteile der Pflasterpapiere bestehen nicht allein in der Fähigkeit, sich den Falten der Haut enger anzuschmiegen, als die Pflastermulle, sondern auch darin, daß sie äußerlich wenig auffallend sind, so daß man sie im Gesicht z. B. kaum merkt. Es können beliebige Medikamente der Charta adhaesiva inkorporiert werden. Sie wirkten in 200 Fällen angewandt, alle reizlos; auch ist ihre Dauerhaftigkeit eine gute und sie sollen nicht teurer als die Pflastermulle sein. Zu erwähnen wäre nur noch, daß Charta adhaesiva c. Bals. peruv. (10%) sich zur Zwischenbehandlung bei der Pyrogallol- oder Salicylkreosottherapie des Lupus vulgaris, ferner zur Überhäutung nach Auskratzung oder Paquelinisierung lupöser Flächen, sowie manchmal bei Ulcera cruris und für gewisse Fälle von Lupus erythematosus eignet. Bei Psoriasis der Handflächen und Fußsohlen mit Rhagadenbildung hat H. von der Charta adhaesiva c. Pyrogallolo Heilungen gesehen. Die Salicylseifencharta hat sich bei der Neurodermitis chronica circumscripta, bei der Teer stets versagt, bewährt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Verminderung der Wirksamkeit von Quecksilber-Sublimatlösungen, in welche organische Stoffe eingelegt werden, von RICHARD V. ZEYNEK. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 40.) Versuche haben dem Verfasser gezeigt, daß aus Sublimatlösungen, in welche Drainröhren, Catgut oder Seide eingelegt sind, nach einigen Monaten das Sublimat ausgeschieden wird. Es finden sich am Boden Niederschläge von Quecksilberchlorür. Die antiseptische Kraft der Flüssigkeiten schwindet dadurch natürlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufige Mitteilung über die wirksame Substanz in der Schilddrüse, von R. HUTCHINSON-Edinburgh. (*The Brit. med. Journ.* 21. März 1896. S. 722.) Die verschiedenen Resultate, zu denen BAUMANN, FRAENKEL und DRECHSEL bei ihren Untersuchungen hinsichtlich des wirksamen Prinzips in der Schilddrüsensubstanz gelangt sind, haben den Verfasser veranlaßt, seinerseits Untersuchungen über diesen Gegenstand anzustellen. Auf Grund genauer Beobachtungen an Kranken teilt er mit, daß sich die Proteide wirksam erwiesen haben. Diese sind nur in zwei Formen vorhanden, als Nucleo-Albumin und als Celloidsubstanz. Verfasser fand das erstere unwirksam, das letztere wirksam. Die Celloidsubstanz isoliert enthält eine beträchtliche Quantität Jod in organischer Verbindung. Weitere Mitteilungen hält sich Verfasser bevor. *C. Berliner-Aachen.*

Die Vorzüge des Thiols vor dem Ichthyol, von G. M. MUREN. (*New York Med. Journ.* 27. Juni 1896.) Das Fehlen eines spezifischen Geruches, sowie der etwas billigere Preis geben nach Ansicht M.'s dem ersteren Mittel den Vorzug. Er berichtet über günstige Resultate, welche er damit bei zwei Fällen von Ulcerationen und einem Fall (resp. vielleicht drei) von Tinea tonsurans capitis (vielleicht von der grobsporigen Varietät. Ref.) bei Mitgliedern derselben Familie erzielt hat.

Philippi-Remscheid.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Strikturen der Urethra des Weibes, von L. KLEINWÄCHTER. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 46.) K. berichtet über drei Fälle. Der erste Fall betrifft eine angeborene Verengung der Urethra, welche mit einer rudimentären Entwicklung des ganzen Sexualsystems kompliziert war, die Harnröhre war ihrer ganzen Länge nach auffallend verengt, Harnbeschwerden bestanden nicht. Zeichen einer bestehenden oder überstandenen blennorrhischen Erkrankung der Geschlechtsorgane sind nicht nachweisbar.

— Im zweiten Falle handelte es sich um eine Striktur, welche durch eine Verletzung durch den Geburtsakt zu stande gekommen ist. — Beim dritten Falle war die Striktur auf eine vorausgegangene blennorrhische Urethritis zurückzuführen.

A. Aschner-Budapest.

Über die Elektrolyse bei der Behandlung der Urethralstrikturen, von D'HAENENS. (*Polyclinique*. 1896. No. 9.) Verfasser ist begeisterter Anhänger dieser Methode, welche besonders von FORT-Paris geübt und empfohlen wurde. Bezüglich des Instrumentes weicht er darin von F. ab, daß er statt eines Elektrolyseurs mit einfacher, einen solchen mit doppelten Branchen benutzt, welche ein Oval bilden, dessen Durchmesser variiert und die CHARRIÈRESchen Nummern führt. Als Kontraindikation für die Anwendung der Elektrolyse betrachtet er ausschließlich einen allzustark ausgesprochenen Grad der Sklerose und die Ausdehnung der Striktur über eine lange Strecke.

C. Müller-Genf.

Resektion der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler Striktur, von A. CAPPELEN-Christiania. (*Centrabl. f. Chirurg.* 1896. No. 23.) In einem Falle von impermeabler Striktur mit Urinretention und Urininfiltration im Perineum wurde in der Mittellinie vom Scrotum bis etwas vor die Analöffnung incidiert, wodurch ziemlich viel Pus und ungefähr ein Eßlöffel stark dekomponierten Urins entleert wurde. Eine Öffnung in der Urethra war nicht zu finden. Auf einem eingeführten Itinerar wurde dann die Urethra unmittelbar vor der Striktur gespalten, jedoch ohne daß es möglich war, von hier aus irgend eine Öffnung nach dem dahinter liegenden Teil der Urethra zu finden, die sich wie ein fester Strang von ungefähr 2 cm Länge anfühlte. Die Urethra wurde deshalb hinter der Striktur geöffnet, und viel stinkender, alkalischer Urin entleert. Auch von dieser Öffnung aus war es nicht möglich, selbst mit den feinsten Bougies durch die Striktur zu kommen. Hierauf wurde ein Katheter in die Blase gelegt, die Bedeckungen am Scrotum gespalten und die Cystitis mit täglichen Borwasserausspülungen und Lapisinstallationen behandelt.

Nach 12 Tagen, nachdem der Urin klar und sauer geworden war, wurde die Striktur 2 cm festen, fibrösen, narbigen Gewebes, reseziert. Wären nun, wie ursprünglich die Absicht gewesen war, die resezierten Enden der Urethra vereinigt worden, so würde offenbar eine so große Spannung entstanden sein, daß die Suturen kaum gehalten hätten. Deshalb wurde die Wunde ein paar Tage mit feuchten Umschlägen verbunden, bis alle Blutung gestillt war und nach 3 Tagen im Perineum nach THIERSCH transplantiert, so daß der Hautlappen von dem einen Hautrand bis zur Tiefe der Wunde und weiter auf der anderen Seite bis zum dortigen Hautrand aufgelegt wurde. Vorher war ein Katheter in die Blase gelegt worden, welcher durch die Perinealwunde herausgeführt war und während der Transplantation ganz nach hinten gehalten wurde. Das andere Ende des Katheters wurde darauf von hinten nach vorn durch das vordere Ende der Urethra geführt, wodurch der Hautlappen in der Tiefe der Wunde in situ gehalten wurde. Nach weiteren 16 Tagen wurden die Wundränder in ungefähr 3 cm Tiefe von den Hauträndern nach innen angefrischt und die so gebildeten Wundflächen mit 5 tiefen Suturen von Fil de Florence und oberflächlichen Hautsuturen über einem Katheter à demeure vereinigt. Nach im ganzen etwas über 2 Monaten war die Perinealwunde geheilt und der Katheter konnte entfernt werden. Bougie No. 28 liefs sich ohne Schwierigkeit einführen.

Nach 2 Monaten fand sich bei der endoskopischen Untersuchung ein kleiner Granulationszapfen, der anscheinend auf dem Übergang zwischen dem vordersten und dem neugebildeten Teil der Urethra saß. Der Granulationszapfen wurde entfernt, er war mit Epithel bekleidet. Die Übergangsstelle zwischen dem alten und neugebildeten

Teil der Urethra liefs sich nicht erkennen. Keinerlei Beschwerden. Bougie No. 27 ohne Schwierigkeit einföhrbar.

Ein Urteil über diese Operationsmethode wird erst nach Monaten und Jahren möglich sein. Jedenfalls dürfte sie aber die Behandlung in den Fällen abkürzen, wo die Enden der durchschnittenen Urethra sich nicht direkt vereinigen lassen.

H. Einhorn-München.

Rifs der Harnröhre bei einem Radfahrer, von MONIOT. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Der 25 jährige Mann geriet mit seinem Rade in einen Graben, wurde zunächst auf den vorderen Teil des Sattels geschleudert und von da zur Erde. Er empfindet im Damm nur wenig Schmerz, fährt 6 Kilometer weiter. Erst jetzt, da er urinieren wollte, bemerkte er die Blutflecken an seinen Kleidern und konnte nur mehr tropfenweise urinieren. Trotzdem legte er mit dem Rade noch weitere 8 Kilometer zurück. 48 Stunden später zeigte sich Schwierigkeit beim Urinieren, der Katheterismus war unmöglich, in der Mittellinie des Dammes fand sich eine nulsgröfse, blutunterlaufene Geschwulst vor. Urethrotomia externa. Das hintere Ende der Harnröhre wird erst am zweiten Tage nach der Operation entdeckt. Günstiger Ausgang.

Neuhaus-München.

Die Behandlung der Ruptur der Harnröhre durch sofortige Naht und Drainage der Blase, von ROBERT F. WEIR. (*Med. Record.* 9. Mai 1896.) Der Verfasser befürwortet, nach einer Verletzung des Perineums mit Urinbeschwerden und bei Abflufs von Blut aus der Harnröhre eine ergiebige Incision des Perineums zu machen. Zeigt sich die Urethra verletzt, so soll sie sofort mit Seide oder Catgut genäht werden. Zum Schutze der genähten Stelle mufs die Blase drainiert werden, entweder durch einen Dauerkatheter oder besser durch eine Hebevorrichtung, nach einem Einschnitt oberhalb der Symphyse. Eine Abbildung veranschaulicht einen vom Verfasser zu diesem Zwecke angegebenen einfachen Apparat.

J. Appel-Altona.

Ruptur der Urethra während des Coitus, von HEINRICH GANZ. (*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Ein Mann stöfst mit erigiertem Penis vor der Immissio wahrscheinlich gegen die Symphyse, bekommt sofort einen sehr lebhaften Schmerz und eine starke Blutung aus der Harnröhre. Es handelte sich um eine partielle Ruptur der Urethra, vielleicht verbunden mit einer Läsion des Corpus cavernosum an der Ansatzstelle der Eichel. Glatte Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes. Entfernung durch Urethrotomia interna, von SINCLAIR TOUSEY. (*Med. Record.* 2. Mai 1896.) Ein 30 jähriger verheirateter Mann hatte sich einen hölzernen, eiförmigen Fremdkörper in die Harnröhre gebracht. Er safs 5 cm vom Meatus entfernt und bewirkte durch Aufquellung des Holzes vollständige Harnverhaltung. Nach einem vergeblichen Versuch mit einer Schlinge aus Silberdraht wurde ein schmales Messer bis $\frac{1}{2}$ cm über den Fremdkörper hinaus in die Urethra geführt und die Schleimhaut gespalten. Die Expression gelang dann leicht.

J. Appel-Altona.

Ein merkwürdiger Fall von Fremdkörpern in der Harnröhre, von GIBERT. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 5.) Ein Wärter hatte sich wegen geringer Harnbeschwerden eine etwa 30 cm lange Wachs bougie so stark eingeföhrt, bis sie nicht mehr weiter ging. Von da an konnte er überhaupt nicht mehr urinieren und erlitt fürchterliche Schmerzen.

Bei der Untersuchung sah man in der That noch ein Stück einer feinen Wachs bougie aus der Harnröhre herausragen, diese Bougie war bis zum Bulbus zu verfolgen,

hier schien eine Verdickung in Form einer Mandel vorhanden zu sein. Die Blase war in Handbreite oberhalb der Symphyse ausgedehnt. Der Patient war fast im Collapszustande.

Merkwürdigerweise war durch energischen Zug an dem vorliegenden Teil der Bougie, auch nach Einspritzung von Öl, das Instrument nicht heraus zu befördern, dasselbe hatte sich förmlich eingewurzelt und die Harnröhre bildete in ihrer Reizung gewissermaßen eine Form um das Wachs. Es wurde daher in der Dammgegend der äußere Harnröhrenschnitt ausgeführt. Da fand sich im Halsteile des Bulbus eine cigarrenförmige weiße Masse von 6 cm Länge und 12 mm Durchmesser. Nach der Blase zu endigte sie hackenförmig in der Pars membranacea, nach dem Orificium externum zu verlängerte sie sich als Docht, wie man ihn außen bemerkte.

Die Entfernung dieses Wachsgelbes war nun leicht, unmittelbar darauf ergoss sich reichlich Urin. Auswaschung der Blase, Naht, Drainage durch die Wunde. Der Wundverlauf war nicht ganz glatt, da einmal Urinverhaltung eintrat; doch konnte der Patient 2 Wochen nach der Urethrotomia externa geheilt entlassen werden.

Neuhaus-München.

Ein Messingring 12 Jahre im Penis eingeschlossen, von LEFLEIVE und BARBULÉE. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Der 24 Jahre alte Patient hatte vor 12 Jahren sein Glied in einen Vorhangring gesteckt. Das Organ schwoll stark an, den Ring brachte der Knabe nicht mehr heraus, trotzdem schwieg er. Der Ring schnitt immer tiefer ein, grub sich eine Furche, deren Ränder verdeckten ihn. Erst als 12 Jahre später der Patient gleich nach seiner Verheiratung geschlechtliche Versuche machte, traten heftige Beschwerden auf: Rötung, Anschwellung, Schmerzen im Gliede, Harndrang. So kam er zum Arzte. Entsprechend der durch den Ring gesetzten Kompression war der vordere Teil des Penis enorm geschwollen und bot das Bild der stärksten Phlegmone dar. In der Mitte fand sich ein weißliches Band rings um das Organ, bestehend aus Narbengewebe, hier liefs sich in der Tiefe der harte Fremdkörper durchfühlen. Die Operation förderte einen Messingring zu Tage, der 72 mm lang, 3 mm breit und 1 mm dick war. Perforation des Harnröhrenkanals gering. Heilung.

Neuhaus-München.

Ein Harnröhrenstein, von RÖRIG. (*Therap. Monatsh.* April 1896.) Ein 45 jähriger Tischler leidet seit dem 19. Jahre an Dysurie und Inkontinenz; er kommt mit alkalischem Harn nach Wildungen, wo ein schon außen fühlbarer kolossaler Harnröhrenstein gefunden wird. Derselbe wird operativ entfernt. Bei der Operation entstanden Risse im Mastdarm und in der Harnröhre, die wiederholt die Naht nötig machen. Nach einem leidlichen Krankheitsverlaufe beginnt am 17. Tage ein Decubitus und der Kranke stirbt am 20. Tage. Der Stein besteht aus phosphorsaurem Kalk und zum kleinen Teil aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia, war bröcklich und von grauweißer Farbe. Größter Umfang in der Quere: 17 cm, in der Länge über 22 cm. Gewicht: 250 g.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fremdkörper in der Urethra und der Blase. (*Lyon méd.* 1896. No. 16.) Loison entfernte durch Perinealschnitt (ohne Narkose) eine 16 cm lange Stecknadel aus den Harnwegen eines 46jährigen Mannes. Die Spitze stack in der Pars membranacea, der Kopf in der Blase. Nachdem auf die Nadelspitze eingeschnitten und diese aus der Urethra hervorgezogen worden war, so daß der 9 mm dicke Knopf noch im Kanal verblieb, drehte L. die Nadel so, daß der Kopf nach vorn zu stehen kam und der Fremdkörper auf einfache Weise per vias naturales ans Tageslicht befördert werden konnte.

C. Müller-Genf.

Die Entfernung einer während der chirurgischen Behandlung in der Harnblase zurückgebliebenen Bougie conductrice durch ein Instrument neuer Konstruktion, von S. BAUMGARTEN. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 22 u. 23.) Verfasser teilt die in der Litteratur bekannt gegebenen Fälle von in der Blase zurückgebliebenen Kathetern und Katheterstücken mit, sowie die zu ihrer Entfernung getroffenen Maßnahmen. Der von ihm beobachtete Fall ist folgender: Bei Dehnung einer Striktur nach der LE FORTSchen Methode brach die Leitbougie ab und blieb in der Blase zurück; Verfasser dehnte die Striktur ruhig weiter, und als er sie nach drei Tagen bis auf No. 18 (Charrière) gedehnt hatte, führte er sein Instrument in die leere Blase, erfasste damit die Leitbougie und entfernte sie leicht per vias naturales. Das von ihm konstruierte neue Instrument ist ein GUYONScher Haken, an dem vorne eine Leitbougie zur besseren Einführung durch Strikturen angeschraubt werden kann.

F. Hahn-Bremen.

Bei einem 12jährigen Knaben extrahierte VERHOOGEN mittelst Sectio suprapubica einen voluminösen Blasenstein, der die ganze Blase ausfüllte, nach der Urethra hin einen 2½ cm langen Fortsatz trug und grösstenteil aus Phosphaten bestand, die sich um einen Uratkern gebildet hatten. (*Policlinique.* 1896. No. 13.)

C. Müller-Genf.

Untersuchungen über die Muskelschichten der Harnblase und die Struktur des Sphinkter internus, von VERSARI. (*Policlinico.* 1896. No. 7.) In Übereinstimmung mit den meisten Autoren unterscheidet V. am Blasenmuskel 3 Schichten: eine äussere Lage longitudinaler Fasern, eine mittlere Schicht zirkulärer und eine innere longitudinaler oder plexiformer Fasern. Er hat auch den Verlauf dieser Fasern auf den verschiedenen Blasenflächen genau studiert. Der Sphinkter int. besteht beim Menschen aus dichtgedrängten, kurzen, zirkulären, glatten Fasern aus der mittleren und äusseren Muskelschicht. Er ist nicht überall gleichmässig entwickelt, sondern hauptsächlich im hinteren Abschnitte (bei gewissen Tieren hingegen auch im vorderen). Der Sphinkter int. ist nicht nur beim Erwachsenen, sondern auch beim Kinde und dem Säugling gut entwickelt. Beim Manne, der Frau und den übrigen Säugetieren erstreckt sich der Blasenhalshals vom oberen zum unteren Rande des Sphinkter internus.

C. Müller-Genf.

Über die entnervte Blase, von MAX v. ZEISSL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 20.) Wenn Verfasser Hunden beide Nervi hypogastrici und Nervi erigentes resezierte, blieb die Blase bei wochenlanger Beobachtung vollkommen funktionstüchtig. Reizte Verfasser den Vagus peripher, dann hatte das gar keine Wirkung. Dagegen trat bei gleichzeitiger peripherer, elektrischer Reizung beider Splanchnici eine Kontraktion des Detrusor ein, der nach 5–10 Sekunden die Eröffnung des Sphinkter folgte. Waren vor der Reizung beider Splanchnici beide hypogastrici und erigentes durchschnitten, dann blieb die Kontraktion des Detrusor wie die Eröffnung des Sphinkter aus. Die Reize, die vom Splanchnicus zur Blase gelangen, müssen also diese Nerven passieren. Es folgt aus diesen Versuchen, dass die Blase der Tiere automatisch wirkende, nervöse Apparate enthalten mufs.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Enuresis, von W. F. MARTIN. (*Med. News.* 7. März 1896.) Ein kurzer klinischer Vortrag über den Gegenstand ohne wesentlich neue Gesichtspunkte. In therapeutischer Beziehung hat Verfasser vom Fluidextrakt der Rhus aromatica mit Glycerin (■), dreimal täglich oder öfter einen knappen Theelöffel voll (3,75) gegeben, in manchen Fällen günstige Resultate gesehen. Am meisten Vertrauen hat er zu Atropin und giebt es bis zur Entwicklung von skarlatinösem Exanthem; bei einem 4–5jährigen

Kinde beginnt er mit 0,00015, ein- bis dreimal in zweistündlichen Pausen zu geben und steigt bis zur Darreichung von 0,0012 in refracta dosi. Es empfiehlt sich, diese Darreichung auch nach erzielter Besserung mehrere Wochen fortzusetzen. Die ätiologisch oft wichtige Phimose behandelt er stets durch mechanische Dehnung.

Philippi-Remscheid.

Einige Formen nicht obstruktiver Ischurie, von A. W. STEIN. (*Med. Record.* 25. Juli 1896.) Die Unmöglichkeit der Blasenentleerung beruht: 1. auf Atonie der Muskulatur, Parese oder Lähmung des Detrusor vesicae a) infolge Überdehnung seiner Muskelfasern, b) infolge Atrophie und fettiger Degeneration; 2. auf nervösen Störungen a) funktionelle der Nervenzentren bei Alkoholismus, Narkotismus, Stupor pp., b) organische Affektion der Nervenzentren; 3. auf reflektorisch ausgelöstem Cystospasmus.

In den meisten Fällen von Atonie geht den Motilitätsstörungen eine Abnahme der Sensibilität voraus. Mitteilung einiger interessanter Krankengeschichten.

H. Einhorn-München.

Enuresis bei Kindern, von HAROLD WILLIAMS. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Unter den 62 Kranken des Verfassers befanden sich 34 Mädchen und 28 Knaben, das Geschlecht spielte also keine besondere Rolle; bei 13 Fällen konnte eine klare Ursache nachgewiesen und hierbei 12 mal nach Entfernung derselben die Inkontinenz behoben werden. Und zwar befand sich: 5 mal Oxyuris vermicularis, 4 mal Verklebungen an der Vorhaut, 1 mal Vulvo-vaginitis blennorrhoeica, 1 mal chronischer Darmkatarrh, 1 mal Mastdarmverfall; für den Rest ergab sich keine bestimmte Ursache. Unter Berücksichtigung der von ZEISSL jun. festgestellten anatomisch-physiologischen Thatsachen teilt nun HAROLD die Inkontinenzfälle in 2 Gruppen: die erste läßt eine örtliche Ursache auffinden, die zweite hat funktionellen Ursprung, indem die Thätigkeit der Blase und ihres Schließmuskels durch eine Ursache gestört wird, welche ausschliesslich in den nervösen Zentren ihren Sitz hat, den oberen sowohl, wie den medullären.

Neuhaus-München.

Zur Kenntnis der traumatischen, intraperitonealen Ruptur der Harnblase, von HOLGERSTEDT. (*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1896. No. 30.) Ein 33jähriger kräftiger Mann bekommt, als er in der Nacht zum Urinlassen aufsteht, plötzlich einen heftigen Schmerz unter dem Nabel und kann nicht urinieren. Der Katheter entleert bluthaltigen Urin. Das anfänglich gute Allgemeinbefinden wird schlechter, während der Blutgehalt des durch Katheter entleerten Urins abnimmt. Es gesellen sich peritonitische Erscheinungen hinzu und der Patient kommt ad exitum. Die Sektion ergibt Ruptura vesicae; Peritonitis. Der Verfasser bringt die Ruptur in Zusammenhang mit einem Falle, den der Patient drei Tage vor dem plötzlichen Auftreten des Schmerzes erlitten hat, und erklärt, wie ein solches Trauma eine partielle Ruptur bewirken kann, die schmerzlos ist und erst Beschwerden macht, sobald sie durch allmähliche Zerrung zu einer totalen geworden ist.

Jessner-Königberg i. Pr.

Ein Fall von Blasenruptur, von K. CRAMER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 1.) Der 49jährige, gesunde Patient war mit gefüllter Blase die Treppe hinunter auf den Unterleib gefallen. Er kam mit allen Symptomen der Blasenruptur ins Kölner Bürgerhospital. Bei der Operation fand man nach stumpfer Ablösung des Bauchfells den Riß subperitoneal an der hinteren Seite der Blase. Extravesikale Vernähung nach Art der LEMBERTSchen Darmnaht, keine Drainage der Blase, kein Verweilkatheter; Heilung.

F. Hahn-Bremen.

Extraperitoneale Zerreißung der Blase, gefolgt auf die Anwendung der Spülung der Harnröhre im Verlaufe eines Trippers, von AUDRY. (*Ann. des mal. des*

org. gén.-ur. 1896. No. 5.) Nach der Ansicht des Verfassers sei dies der einzige bi jetzt veröffentlichte Fall von Blasenruptur bei JANETSchen Spülungen.

Der 40jährige Patient bekam im Gefolge einer akuten Blennorrhoe eine mäfsige Cystitis. Durch Auswaschung der Blase mit Arg. nitr. 1:500 klärte sich der Harn, worauf die JANETSchen Spülungen mit Kalium permanganicum verordnet wurden. Die erste derselben wurde von einem hierin sehr erfahrenen Wärter gegeben, die Lösung war 1:3000 stark, die Druckhöhe 1 m 50 cm. Eben waren 250 g eingespritzt, als der Kranke heftigen, aber vorübergehenden Schmerz verspürte. Auch kann er die eingespritzte Flüssigkeit nicht ausurinieren, so dafs sie mittelst Nelaton entfernt werden mufste. Allmählich kehrten Schmerzen im Unterleib zurück, liefsen sich auch durch Opiate nicht beseitigen. Schlechtes Allgemeinbefinden. Am anderen Tage findet man im Bereiche der Regio praevesicales eine dicke, regelmäfsige Masse, sie giebt matten Perkussionsschall, scheint die Blase zu sein. Auch hat der Kranke seit 24 Stunden nicht mehr uriniert. Durch Nelaton wird der Urin entleert, es kommen nur 30—40 g bräunlicher Flüssigkeit, besät mit fleckigen Fetzen, die mikroskopisch untersucht als rote Blutkörperchen sich ausweisen. Kein Fieber. Zunächst wurde umschriebene Peritonitis mit Einbeziehung der Blase diagnostiziert. Da sich das Befinden allmählich verschlechterte, wurde eine mediane Incision unternommen, welche Urininfiltration in der Cavitas Retzii ergab und den Blasenrifs diagnostizieren liefs. Keine Peritonitis. Eine Einspritzung in die Harnröhre kommt in der Wunde hinter der Symphyse zum Vorschein. Die Öffnung des Risses wird nicht gefunden. Wahrscheinlich sitzt diese tief und hinten. Drainage, Verweilkatheter. Heilung nach einem Monate. Der Verfasser glaubt, dafs die Blase in leerem Zustande unmittelbar nach der Spülung und ihrer Entleerung geplatzt sei und durch die vorausgegangene Cystitis dazu disponiert war. Er rät zur Vorsicht bezüglich des bei den Spülungen zu verwendenden Druckes, sein Vertrauen zur JANETSchen Methode sei darum noch nicht erschüttert.

Neuhaus-München.

Auskratzung der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündung, von Morz. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Nach einem geschichtlichen Überblick über die chirurgischen Eingriffe bei hartnäckiger Cystitis erörtert der Verfasser die bereits veröffentlichten Fälle und fügt 4 hinzu, die er in der GUYONSchen Klinik beobachtet hat.

Unter 21 Fällen ergaben sich: 4 Mißerfolge, 2 leichte Besserungen, 5 mal Schwinden der Schmerzen, 6 beträchtliche Besserungen, 4 Heilungen. Das sind also ermutigende Resultate des Curettement.

Morz erwähnt Beobachtungen, wo die Schmerzen wiederkehrten, als man den Katheter zu früh wegnahm oder wenn die Fistel vor der völligen Besserung sich geschlossen hatte.

Die günstigen Resultate haben nach ihm folgende Ursache:

1. in der physiologischen Ruhe der Blase, die durch den Verweilkatheter oder durch die Bildung einer Damm- oder Blasenscheidenfistel erzielt wird;
2. in der Auskratzung der Schleimhaut, welche zwar die infiltrierten Herde nicht zerstörte, aber die spätere Einwirkung der Medikamente erleichtert.

Neuhaus-München.

Zur Anwendung des Verweilkatheters bei akuter Cystitis, von H. SCHULZ. (*Gyógyászat.* 1896. No. 33.) Verfasser teilt einen Fall mit, bei dem die üblichen therapeutischen Mafsnahmen zu keinem Resultate führten und erst nach Anwendung eines Verweilkatheters die Cystitis sich zurückbildete. Es betraf eine 34jährige Frau, bei der die Douglashöhle wegen einer kindeskopfgrofsen Eiteransammlung eröffnet wurde,

worauf die Temperatur zur Norm zurückkehrte. Fünf Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 39–40° und traten Cystitiserscheinungen auf; von Seite des Operationsfeldes normale Verhältnisse. Auf übliche Cystistherapie gingen die Erscheinungen nicht zurück, vielmehr die Temperatursteigerung hielt schon 8 Tage an. Nun versuchte er einen Verweilkatheter, worauf die Temperatur bereits am nächsten Tage zur Norm zurückkehrte. Am dritten Tage traten Reizungserscheinungen durch den Verweilkatheter auf; derselbe mußte entfernt werden, worauf die Temperatur wieder auf 40° stieg und tagelang anhielt. Nun versuchte er einen Verweilkatheter, dessen Ende knopfförmig konstruiert war und der mittelst einer Uterussonde eingeführt wird. Der Vorzug desselben besteht darin, daß keine Fixation notwendig ist, indem derselbe durch die knopfartige Verdickung am Blasenhalse hängen bleibt und so weniger Blasenreizung hervorruft. Daraufhin fiel die Temperatur wieder zur Norm herab. Nach drei Tagen wurde der Verweilkatheter entfernt, die Temperatur blieb normal, nach einigen Blasenwaschungen mit 3%iger Borsäurelösung genas die Kranke in kürzester Zeit.

A. Aschner-Budapest.

Tuberkulose der Blase; ihre Erscheinungen und Behandlung mit Hilfe des Cystoskops, von E. REYNOLDS. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 14.) In 4 Krankheitsfällen, deren klinischer Befund und Verlauf genau mitgeteilt werden, wurden im Trigonum vesicae meist etwas nach außen oder direkt an der Urethralöffnung kleine, blasse Papeln beobachtet, die dann meist in kleine, blaßgraue Geschwürsflächen mit leicht erhabenen und geröteten Rändern übergingen. Die Umgebung war meist nur sehr geringgradig injiziert. Bei der Behandlung erwies sich allein die direkte Ätzung mit dem Lapisstift mit nachfolgender Aristolinsufflation als wirksam, während 2 bis 4%ige Silbernitratlösungen ohne Erfolg blieben. In zwei Fällen konnten in dem von der Geschwürsfläche abgewischten Sekret Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

Die erste Patientin erlag nach deutlicher Besserung der Blasenerscheinungen der gleichzeitig bestehenden Lungenerkrankung. Bei der zweiten, die sich in schlechten äußeren Verhältnissen befand, traten trotz ständiger, rasch eintretender subjektiver Besserung und Verschwinden der Papeln nach 2–3 Ätzungen immer wieder neue Papeln auf. Einmal zeigte sich nach vorausgegangener Ätzung im Zentrum des an die Stelle der Papel getretenen Narbengewebes eine kleine Ulceration, was den Verfasser zu der Annahme veranlaßt, daß es sich von Anfang an um eine Pustel gehandelt habe. Zur Zeit der Veröffentlichung der Arbeit war die Patientin seit einem Monat vollkommen beschwerdefrei und auch die cystoskopische Untersuchung war ohne Befund.

Bei negativem Befund erregen hauptsächlich zwei Punkte den Verdacht auf das Bestehen einer tuberkulösen Läsion: 1. der mikroskopische Nachweis kleiner Quantitäten Blut und Eiter im Harnsediment bei dem Fehlen irgend einer entzündlichen Reizung des Trigons und gleichzeitig bestehendem starken Harndrang, der durch die schmerzlos erfolgende Harnentleerung sich etwas bessert; 2. die Konstatierung von zahlreichen weißlichen Flocken auf normaler Schleimhaut, die mit Watte leicht entfernt werden können und aus Schleim und Eiter bestehen.

Die Schlußsätze des Verfassers lauten folgendermaßen:

Bei Verdacht auf Tuberkulose des Urogenitalapparates ist es unsere Pflicht, eine lokale Untersuchung vorzunehmen. Nach Stellung der Diagnose sind die Patientinnen unter möglichst gute äußere Bedingungen zu bringen, und außerdem ist eine Lokalbehandlung aller irgendwie erreichbaren Läsionen einzuleiten. Letztere führt oft überraschend rasch, selbst in verzweifelte Fällen, zu subjektiver und objektiver Besserung.

E. Einhorn-München.

Exstirpation der Blasenschleimhaut wegen Tuberkulose der Blase, von DELAGENIÈRE. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Ein 54jähriger Tagelöhner dessen Lungenspitzen Raschelgeräusche hören ließen, litt an heftigem Harndrang und Blutharnen. Da letzteres immer zunahm und nicht mehr zu stillen war, vollführte der Verfasser den hohen Blasenschnitt und entfernte die ganze Blasenschleimhaut. Die histologische Untersuchung derselben ergab auch wirklich, daß sie von chronischer Tuberkulose befallen war. Der Kranke konnte 22 Tage nach der Operation bei bestem Befinden entlassen werden. Die Wunden waren geschlossen. Seitdem blieb der Urin normal und blutfrei. Freilich starb der Kranke ein halbes Jahr später an seiner Lungentuberkulose.

Zum Schlusse empfiehlt der Verfasser die Entfernung der von Tuberkulose ergriffenen Blasenschleimhaut als eine nicht zu ernste Operation. Sie könne bei jeder Hämaturie vesikalen Ursprungs palliativ nützlich wirken, noch mehr sei sie angezeigt, wenn in der Anfangsperiode der Blasentuberkulose erst die Schleimhaut ergriffen sei. Hier mißt er der Operation offenbar einen heilenden Charakter bei.

Neuhaus-München.

Einfache und zuverlässige Blasendrainage, von ROBERT H. M. DAWBARN. (*Med. Record.* 30. Mai 1896.) Abbildung und Beschreibung einer Vorrichtung zur Drainage der Blase mittelst Hebewirkung, welche der Verfasser seit Jahren in Gebrauch hat. Ein Zahnarzt in Buffalo erfand die Idee dazu schon vor 25 Jahren. So kommt es, daß CATHCART in Edinburgh, welcher 1895 zuerst etwas darüber veröffentlichte, irrtümlich für den Erfinder eines neuen Apparates angesehen wurde.

J. Appel-Altona.

Über die Hinzufügung eines einseitigen oder zweiseitigen queren Schnittes zur medianen Sectio alta, von AUDRY. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 3.) In gewissen Fällen, besonders bei größeren Geschwülsten der Blase, giebt der median gehaltene hohe Blasenschnitt nicht genug Zugang und Licht. Für solche Vorkommnisse schlägt Verfasser vor, noch quer, seitlich vom Längsschnitt, zu incidieren. Unter Umständen genügt ein Seitenschnitt, in anderen Fällen aber, z. B. bei einem von der Mitte ausgehenden, großen und tiefsitzenden Tumor sind zwei seitliche Schnitte nötig. Man erhält aber dadurch auf einfachere und weniger bedenkliche Art Zugang und Licht, als etwa durch Schambeinresektionen, die Symphyseotomie. Diese Seitenschnitte haben alle Weichteile bis zur Blase zu durchtrennen, sie werden später genäht, während man einen Teil des medianen Schnittes der Drainage halber offen halten sollte.

Ein so operierter Tumorfall mit sehr gutem Ausgange dient, genau geschildert, zur Erläuterung.

Neuhaus-München.

Über eine neue Methode, die Harnblase durch das Cavum ischio-rectale zu eröffnen, von ISAAK LEVIN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 13.) Verfasser giebt eine Methode an, um die Blase von der Seite zu eröffnen: Füllung der Blase, Sternschnittlage mit erhöhtem Becken; Schnitt 8—10 cm lang oberhalb einer Linie, welche Anus und Tuber ischii verbindet; Unterbindung der Vasa haemorrhoidalia; Spaltung der Fascia und des Musc. levator ani; Eröffnung der Blase. — Vorteile der Operation: der Schnitt liegt an der tiefsten Stelle der Blase; Übersehbarkeit der Seitenwände, tiefe Lage der Wunde und daher keine Gefahr der Urininfiltration.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen, von EUGEN REHFISCH. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 16.) Verfasser kommt nach seinen Experimenten zum Schlufs, daß das reine Hodensekret keineswegs zur Befruchtung

ausreicht. In diesen Versuchen war es gleichgültig, ob das Hodensekret nach Tötung des Tieres direkt aus der Epididymis in die Vagina gebracht worden war, oder ob, wie in den STEINACHschen Untersuchungen, eine regelrechte Cohabitation stattgefunden hat. Wenn STEINACH aber in den Fällen, in denen er nur die Samenblasen extirpiert hatte, noch relativ häufig Befruchtungen erzielt hat, so lehren diese Versuche gerade, daß bei den Ratten wenigstens der Samenblaseninhalt durch andere Sekrete, etwa die der Prostata und der Cowperschen Drüsen ersetzt werden kann. Denn wie Verfasser durch die Sektion eines Kaninchenweibchens unmittelbar nach dem Coitus gezeigt hat, treten in einer normalen Cohabitation so außerordentlich viel Flüssigkeitsmengen auf, in denen die Spermatozoen sich leicht fortbewegen können, daß man vor allen in dem Fehlen dieses flüssigen Menstruums die Ursache für den negativen Ausfall der künstlichen Befruchtungsversuche mit reinem Hodensekret erblicken kann.

L. Hoffmann-Berlin.

Die Entstehung der Samenkörper. Vorläufige Mitteilung, von KARL v. BARDELEBEN. (*Anat. Anzeiger*. 1896. No. 23 u. 24.) Die Auffassung des Verfassers geht im wesentlichen dahin, daß die Köpfe der Spermatozoen aus den Spermatiden entstehen, welche durch Karyokinese aus den runden, dunkelkernigen Randzellen (Spermato-genien) hervorgehen. Die Schwänze und insbesondere der Axenfaden entstehen aus den Zellen mit blassem Kern oder Kernkanälchen, dieselben entsprechen den SERTOLIschen Stütz-, Fußzellen, und zwar auf amitotischem Wege durch Auswachsen oder Zerfall. Die getrennten Bestandteile vereinigen sich dann durch Hineingelangen des hohl angelegten Axenfadens in die hintere schlauch- oder ballonförmig gewordene Kopfanlage. Es geht also die befruchtende und bewegende Substanz aus verschiedenen Arten von Hodenzellen hervor. Die Vereinigung beider Teile möchte Verfasser als „Konjugation“, die beiden Arten von Hodenzellen als „Kopfzellen“ und „Schwanzzellen“ bezeichnen. Dieser Vorgang gilt für die Wirbeltiere, wie mutatis mutandis für die wirbellosen Tiere.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die sog. Zwischenzellen des Hodens und deren Bedeutung bei pathologischen Veränderungen, von D. HANSEMAN. (*Virch. Arch.* 142. Band. 1895.) Im Zwischengewebe der Hoden mancher Tiere giebt es eigentümliche große, häufig pigmentreiche Zellen, die besonders schön beim Kater, Eber und Maulwurf ausgebildet sind, beim Menschen nur wenig ausgebildet. Sie haben eine regelmäßige, oft etwas eckige Gestalt, wie Leberzellen, oder auch wie Pigmentzellen der Retina.

Während diese Zellen während der Entwicklung der menschlichen Hoden in der letzten Intrauterinzeit sehr deutlich sind und in den ersten Lebensjahren durch ihren Protoplasma-reichtum noch stärker hervortreten, verschwinden sie im 14.—15. Lebensjahre mehr und mehr im umgekehrten Verhältnis zur Entwicklung der Kanälchen; im ausgebildeten Hoden sind sie kaum mehr aufzufinden. Eine ausgesprochene Vermehrung dieser Zellen höchsten Grades fand Verfasser bei einem an perniziöser Anämie verstorbenen 44jährigen Mann, nicht ganz so hochgradig bei einem 50jährigen Potator, der eine hochgradige Hämochromatose des Darms und der mesenterialen Lymphdrüsen erkennen liefs; Todesursache war Pneumonie. Die eigentliche Bedeutung der Zellen liegt nach des Verfassers Ansicht auf dem Gebiete der Geschwulstbildung. Aus der Fülle der Geschwulstformen des Hodens läßt sich eine herausgreifen, die sich bald mehr als großzelliges Sarkom, bald mehr als Carcinom darstellt. Jedoch tritt die carcinomatöse Natur dieser Tumoren nur bei frischer Untersuchung oder bei schwacher Vergrößerung hervor und zwar dadurch, daß sie neben den großen, polymorphen und protoplasmatischen Zellen ein deutliches alveolär angeordnetes und manchmal kleinzellig infiltriertes Stroma besitzen, das die großen

Parenchymzellen in Gruppen teilt und umschließt. Bei stärkerer Vergrößerung sieht man, daß die großen Parenchymzellen dieser Geschwülste von einer feinen Inter-cellularsubstanz netzartig umgeben sind. In Wirklichkeit sind es also stets Sarkome und nie Carcinome. Diese Geschwülste unterscheiden sich ganz charakteristisch von den übrigen Sarkomen der Hoden, die gleichmäßiger aus kleineren Rundzellen oder Spindelzellen zusammengesetzt sind, ebenso von den Endotheliomen, bei denen die Zellen in reihenförmigen Zügen angeordnet sind, auch von den wirklichen Carcinomen unterscheiden sie sich leicht durch die Inter-cellularsubstanz. Die Ähnlichkeit der Zellen solcher Tumoren mit den großen Zwischenzellen ist so auffallend, daß man nicht an ihrer Herkunft zweifeln kann. WALDEYER machte als erster darauf aufmerksam, daß aus den Zwischenzellen der Hoden Geschwülste hervorgehen, die er als plexiforme Angiosarkome bezeichnete. Der Verfasser erläutert seine interessanten Ausführungen, indem er eine Reihe instruktiver Abbildungen beifügt.

Karl Ries-Stuttgart.

J. EDMONDSON beschreibt (*Amer. med.-surg. bull.* 25. Juli 1896. No. 4) einen Fall von linksseitigem **Hodenschmerz**, der seit 5 Jahren ununterbrochen andauerte und im Anschluß an eine Varicocelenoperation aufgetreten war. Heilung durch Behandlung einer gleichzeitig bestehenden Anusfissur; Divulsion des Sphincter ani nach MARTIN.

H. Einhorn-München.

Ein Fall von Achsendrehung des Hodens, von A. SHEEN. (*Lancet.* 11. April 1896.) Ein 18jähriger Jüngling war ohne irgendwelche vorherige Symptome nachts mit lebhaften Schmerzen und Schwellung des einen Hodens aufgewacht. Als einziges ätiologisches Moment wurde festgestellt, daß er tags zuvor einen Sprung über eine ziemlich hohe Hecke gemacht hatte.

Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit hielten an, so daß am sechsten Tage eine Incision in die Tunica vaginalis zur Entspannung nötig erschien. Trotzdem und trotz fieberlosen Verlaufs entstand Mortifikation des Hodens, welcher durch den sich wieder lockern den Einschnitt heraustrat. Die Untersuchung des nunmehr entfernten Hodens ergab Achsendrehung der Chorda spermatica und sekundären hämorrhagischen Erguß im Nebenhoden. Diese Fälle sind selten und nicht leicht zu diagnostizieren, wie denn auch Verfasser die Diagnose auf hämorrhagische Orchitis gestellt hatte. G. NASH hat über einen Fall, der nach Zurückdrehen des Stranges günstig verlief, berichtet.

Philippi-Remscheid.

In einem von F. PARONA beschriebenen Fall von **kongenitaler Anomalie des rechten Hodens** bestand der stark verdickte Samenstrang 1. aus dem verdickten Vas deferens mit einer begleitenden Arterie und dünnen Nervenfasern, 2. aus einem Convolut variköser Venen und 3. aus einer Vene und Muskelgewebe. Der erste und zweite Strang endeten in ein abgeplattetes kleines Gebilde, das Verfasser für den Nebenhoden ansieht; der dritte Strang stand in Verbindung mit zwei etwas größeren rundlichen Körpern, die aus Hodensubstanz bestanden. Von diesen letzteren war nur einer mit dem Nebenhoden durch einen dicken fleischigen Strang verbunden, während der kleinere, rundliche Körper sowohl von den anderen zwei als auch vom Samenstrang unabhängig war. P. nimmt an, daß es sich um eine unvollständige Verschmelzung der Hodensackgebilde untereinander handle. (*Policlinico.* 1896. No. 5.)

C. Müller-Genf.

Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren, der an Ektopie eines Hodens litt (cruro-scrotale Abart), von BINAUD und CHAVANNAZ. (Nach *Annal. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 7.) Bei dieser Beobachtung erscheinen folgende Punkte besonders beachtenswert:

1. Das Alter des Kranken (59 Jahre). Unter den zahlreichen ähnlichen Beobachtungen von MONOD und TERILLON fand sich nur einmal ein Kranker über 50 Jahre.

2. Nach den gleichen Autoren beobachtete man den Krebs des ektopischen Hodens nur im Leistenkanale, hier aber entwickelte er sich in der cruro-skrotalen Gegend.

3. Diese Abart von falscher Lage des Hodens hatte sich nur langsam herausgebildet, ursprünglich befand sich der Hoden im Leistenkanale, stieg erst im 50. Jahre herab und entwickelte sich in den letzten zwei Jahren zum Tumor der linken Seite. Die eigroße Geschwulst wurde durch Kastration entfernt, die histologische Untersuchung ergab Medullarcarcinom. Der Leistenkanal erwies sich nahezu frei.

Neuhaus-München.

Bei seinen Untersuchungen über die **Wirkung der Kastration auf die Entwicklung des Knochensystems** hat PONCET auffallend oft ein vermehrtes Wachstum besonders der Knochen der unteren Extremitäten konstatiert und stellt seinen Tierexperimenten das öftere Vorkommen von Riesenwuchs bei den Eunuchen zur Seite. Ganz entgegengesetzt verhält sich die Exstirpation der Schilddrüse, welche Zwergwuchs zur Folge hat. (*Lyon méd.* 1896. No. 14.)

C. Müller-Genf.

Über Hodenprothesen, von LOUMEAU. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux.* 1896. No. 10.) In Anbetracht der deprimierenden Wirkung der Kastration auf das Gemüt der Operierten ersetzt L. in geeigneten Fällen die exstirpierten Testikel durch solche aus Seide, welche vor denjenigen aus Glas oder Metall den Vorteil der Leichtigkeit und der Elastizität haben. Dieselben lassen sich sehr gut desinfizieren und aseptisch aufbewahren. L. ist mit dem Erfolge seiner Neuerung sehr zufrieden.

C. Müller-Genf.

LE CLERC berichtet über zwei Fälle von **Spermatorrhoe**, die er mit bestem Erfolge mit dem **Psychrophor** von WINTERNITZ behandelt hat. Verfasser macht darauf aufmerksam, daß die Spermatorrhoe keine Affektion sui generis, sondern ein Symptom darstellt. In dem einen Falle handelte es sich denn auch um eine alte Blennorrhoe mit Cystitis und mußte die Anwendung des Psychrophors mit Höllensteinkauterisationen der Urethra posterior kombiniert werden. Der zweite Patient war in der Jugend der Onanie ergeben gewesen, aus welcher eine hochgradige Depression des Gemütszustandes und bedeutende Störung des Allgemeinbefindens entstanden war. (*Policlinique.* 1896. No. 7.)

C. Müller-Genf.

Ein Fall von **frühzeitigem Verschluss der Ductus ejaculatorii**, von BURNETT. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Ein 35jähriger Mann kam in die Behandlung BURNETTS wegen linksseitiger Hodenentzündung. Bei dieser Gelegenheit und besonders nach Abheilung der Epididymitis stellte sich heraus, daß der Patient an Aspermatisismus litt; die Endoskopie ergab ein atrophisches Verum montanum, eine sehr kurze Pars prostatica urethrae. Die Palpation entdeckte eine wohl normal geformte, aber weiche und viel zu kleine Prostata, sie war kleiner als bei einem 10jährigen Knaben. Aus der Anamnese und einer Narbe am Damm ging hervor, daß der Patient als 6jähriger Knabe wegen Blasenstein mittelst seitlichen Dammschnittes operiert worden war, hierbei wurden offenbar die Ductus ejaculatorii verletzt, sie obliterierten, erzeugten Schwund der Prostata und der Samenbläschen, Aspermatisismus war die weitere Folge.

Neuhaus-München.

Über primäre gummöse Epididymitis, von REALE. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Der Verfasser giebt zunächst die Krankengeschichte eines an primärer gummöser Epididymitis leidenden Mannes bekannt, der 8 Jahre früher

Schanker und 4 Jahre vorher Tripper erworben und schließt dann eine allgemeine Besprechung des Themas an:

Der Nebenhoden könne in der tertiären Periode von spezifischer Erkrankung befallen werden, völlig unabhängig von den benachbarten Geweben; schon TANTURRI habe 1871 dessen primäre gummöse Entzündung beschrieben. Auch sei das Leiden nicht selten, REALE hat es in Neapel 155 Mal unter 4362 tertiär Erkrankten gefunden. Am häufigsten wurde diese gummöse Epididymitis bei Personen im Alter von 30 bis 40 Jahren beobachtet, doch auch einmal bei einem Neugeborenen. Das Leiden kann als Zeichen der Syphilis tarda sich kundgeben. Es tritt gewöhnlich einseitig auf, befällt fast immer den ganzen Nebenhoden. Die gummöse Infiltration kann vielfältig sein und mehrere Knötchen bilden, auch wird manchmal der Samenstrang von ihr heimgesucht.

Neuhaus-München.

MOREL beschreibt einen Fall von hysterischer Epididymitis. Patient hatte früher eine Blennorrhoe mit Recidiven durchgemacht, genas dann aber augenscheinlich vollständig, indem wenigstens in der Urethra kein Eiter mehr nachgewiesen werden konnte. In kurzen Zeiträumen traten dann ca. 20 sehr schmerzhaftes Anfälle auf, welche mit akuter Anschwellung der Hoden verbunden war. Die Anfälle dauerten jeweils nur einige Tage, wonach alles zur Norm zurückkehrte. Die Epididymitis-attacken waren meist von einem Erythema nodosum der unteren Extremitäten begleitet. Als dann eine nervöse Krise von zweistündiger Dauer und einige Tage später eine Lähmung der rechten Hand eintrat glaubte Verfasser alle diese Zufälle auf eine Ursache, die Hysterie, zurückführen zu müssen. (*Méd. mod.* März 1896.)

C. Müller-Genf.

Fall von tuberkulöser Orchitis, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt. Dauernde Heilung, von HALSTED-Boyland. (*Med. Record.* 16. Mai 1896.) Verfasser veröffentlicht den Fall erst, nachdem er sich drei Jahre lang von der andauernd bestehenden Heilung überzeugt hat. Der rechte Hoden des Patienten war hühnereigroß geschwollen. Die Schwellung betraf mehr den Nebenhoden, als den Hoden selbst. Schon durch die klinischen Erscheinungen wurde unter exakten differential-diagnostischen Erwägungen Tuberkulose diagnostiziert. Sichergestellt wurde aber diese Diagnose durch die Bildung einer Fistel, in deren Absonderung Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Der übrige Körper war gesund. Die Fistel wurde mit einer öligen Lösung von Campher-Naphtol ausgespritzt und heilte allmählich zu. Der Hoden selbst wurde mit dem konstanten Strom in Stärke von 10 Milliampères täglich einmal 10 Minuten lang behandelt. Der positive Pol kam direkt auf den Hoden, der negative auf den Samenstrang. Nach jeder Applikation konnte man ein Kleinerwerden des Hodens konstatieren. Nach sechswöchentlicher Behandlung war Restitutio ad integrum eingetreten. Nur eine leichte Resistenz war bei genauer Palpation zu fühlen. Vier Wochen lag der Patient im Bett, die letzten 14 Tage konnte er zum Elektrisieren in die Sprechstunde kommen.

J. Appel-Altona.

Über die Verkalkung der Tunica vaginalis als Komplikation einer alten Hydrocele, von ROSWELL. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Mittelsst Kastration entfernte PARK eine große Hodengeschwulst bei einem 63jährigen Manne. Es handelte sich um eine große Neubildung mit 13 resp. 10 cm Durchmesser und mit harten Wandungen, welche das Gefühl einer Eischale erzeugten.

Als man die Geschwulst einschnitt, fand sich etwa $\frac{1}{4}$ Liter Flüssigkeit; die Wand 3–6 cm dick. Die Innenfläche der Wand war runzlich, hart, ungleichmäßig und stellenweise mit einer harten, kalkigen Masse bedeckt.

Hoden und Nebenhoden befanden sich verdickt, aber nicht degeneriert, im Grunde des großen Sackes.

Neuhaus-München.

Über die Ruptur der Tunica vaginalis bei der Hydrocele, von BURDET. (Dissertation, Lyon 1896.) Nach den Untersuchungen des Verfassers sind dieselben nicht sehr selten (4 Fälle an der Klinik von Prof. PONCET im Zeitraume weniger Monate). Meist kommen sie nach Kraftanstrengung zu stande, zuweilen spontan oder nach einem Trauma. Die Tunicae vaginales, die zur Ruptur kommen, weisen immer ziemlich schwere Veränderungen auf: starke Verdickung, Kalkeinlagerungen, fettige Degeneration. Der Sitz der Ruptur zeigt keine besondere Prädispositionsstelle. Bei der Ruptur ergießt sich das Exsudat zwischen Tunica fibrosa und vaginalis (Fälle von BURDET) oder aber in das Gewebe unter der Dartos. Die Ruptur der Tunica vaginalis erfordert baldmöglichste Radikaloperation der Hydrocele. *C. Müller-Genf.*

Über die Injektionen von Jodoformäther in der Behandlung der Hydrocele, von PONSARD. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 8.) Gegenüber der so häufig geübten Methode der Punktion mit nachfolgender Einspritzung von Jodtinktur, Karbolsäure u. a., und mit Rücksicht auf die dann entstehenden Mifsstände (Schmerzhaftigkeit des Verfahrens, langdauernde Schwellung, manchmal entstehende Gangrän, Recidive) empfiehlt PONSARD die Punktion mittelst der Nadel einer nicht zu grofsen Spritze (von 5—10 g Inhalt) vorzunehmen, die Flüssigkeit langsam und nicht vollständig ablaufen zu lassen, endlich 3—8 ccm 10%igen Jodoformäther einzuspritzen. Massage des Hodensacks ist dabei überflüssig, denn der Jodoformäther bildet vermöge seiner Flüchtigkeit eine gleichmäfsige Schicht in der ganzen Wand. Bei bedeutender Spannung kann man einen Teil der Jodoformätherdämpfe wieder austreten lassen. Nach Entfernung der Nadel genügt ein Kollodiumverband. Am nächsten Tage schon kann der Patient, eventuell mit einem Suspensorium versehen, seinen Beruf wieder aufnehmen. Verfasser rühmt an dem Verfahren folgendes: es sei fast schmerzlos bei der Anwendung und erzeuge auch nachträglich keine Beschwerden, sicher keinen Brand. In kürzester Zeit ist der Kranke wieder arbeitsfähig, da die Spannung des Hodensacks, welche sich manchmal einstelle, nicht belästige. Endlich scheine ein Recidiv nur ausnahmsweise einzutreten. *Neuhaus-München.*

Verschiedenes.

Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Untersuchungen der Bubonensest in Bombay, von CHILDE und SURVEYOR. (*The Brit. med. Journ.* 31. Oktober 1896.) Die ersten Fälle der Krankheit traten im September 1896 in einem dichtbevölkerten, zumeist von Getreidehändlern bewohnten Stadtteil auf, in welchem zahlreiche und grofse Getreidespeicher sich befanden. Die Einwohner bemerkten um dieselbe Zeit, dafs in ihren Häusern und Speichern hunderte von Ratten starben. Die Fälle zeigten alle klinischen Symptome der Pest, nämlich hochgradiges, rapide ansteigendes Fieber, das Auftreten eines Bubo mit diffuser Schwellung um denselben, gewöhnlich in der Leisten- oder Achselhöhlengegend gelegen, und grofse Prostration. Der Tod trat meistens am zweiten oder dritten Tage ein. Die Sterblichkeit war eine sehr grofse. Bei einem Patienten wurde im Urin, Sputum, im Serum vom Bubo und im Blute ein Bacillus gefunden, der dem von KITASATO beschriebenen völlig glich. Ein ganz ähn-

licher Bacillus wurde bei Ratten und Mäusen, welche in dem Pestbezirk starben, entdeckt, während er sich bei solchen außerhalb dieses Bezirkes nicht vorfand. Eine erst kürzlich verendete Ratte enthielt die erwähnten Bacillen. Von dieser wurde eine gesunde Ratte geimpft. Sie starb innerhalb von 60 Stunden nach der Inokulation und zeigte im Blute und in allen ihren Organen denselben Bacillus. Eine weitere Überimpfung von dieser auf eine dritte Ratte hatte denselben Effekt. Es wurden nunmehr Reinkulturen auf Agar-Agar und Pepton von den verschiedenen Organen der dritten Ratte angelegt. Das Wachstum ging rapide vor sich. Nach 24 Stunden wurde eine kleine Quantität der Kultur einer gesunden Ratte unter die Haut injiziert. Sie starb in etwa 60 Stunden und zeigte unmittelbar nach dem Tode zahlreiche Bacillen.

Während sich die Injektionen als tödlich erwiesen, hatten Fütterungen von Mäusen und Ratten mit Kulturen des Bacillus keinen Effekt. *C. Berliner-Aachen.*

Die Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking, von MATIGNON. (*Ann. des mal. des. org. gén.-ur.* 1896. No. 12.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, einen jungen Eunuchen wegen Verengung der Harnröhre zu behandeln und nahm daraus Veranlassung, sich etwas eingehender mit dem Körper des Kastraten zu beschäftigen. So entstand dann eine in Bordeaux erschienene Arbeit, die ihres ethnologischen und medizinischen Inhaltes wegen ein gewisses Interesse verdient. Derselben seien nun etliche Angaben entnommen. In dem geschichtlichen Überblick bemerkt MATIGNON, daß die Eunuchen zuerst ums Jahr 1110 vor Christus erwähnt werden; damals galt die Kastration nur als Strafe. Als solche wurde sie auch noch in der Mitte dieses Jahrhunderts, z. B. 1851 den Rebellen gegenüber, in Anwendung gebracht. Frühzeitig schon wurden die Eunuchen im Palaste verwendet. Als aber mit der zunehmenden Üppigkeit die Strafpflege nicht mehr genug Eunuchen lieferte, fand man solche auf eine andere Art; man veranlafte arme Leute, ihre Kinder kastrieren und dann für den Dienst des Palastes eintreten zu lassen. So wurde eine förmliche Institution geschaffen, etwa um 112 nach Christus. Während nun anderwärts, z. B. in der Türkei, in Persien, jedermann Eunuchen halten kann, wer nur dafür das nötige Geld hat, sind sie in China das Privilegium des Kaisers und etlicher Mitglieder seiner Familie. Der Kaiser darf bis zu 3000 halten, die Prinzen und Prinzessinnen viel weniger. Die meisten Kastraten liefert der Süden der Provinz Tcheli und etliche Ortschaften um Peking. An Material scheint es selten zu fehlen, denn in China wird man Eunuch durch Gewalt, Geschmack, aus Armut oder Faulheit.

Die Kastration wird in einem Gebäude vorgenommen, welches in der Nähe der Palastthore sich befindet. Der zugezogene Operateur empfängt von der Regierung kein Gehalt. Seine Funktion ist seit langer Zeit in seiner Familie erblich. Von jedem Klienten erhält er 6 Taëls (24 Francs), von den armen die gleiche Summe erst später in Ratenzahlungen. Bei der Operation unterstützen Assistenten und zwei Lehrlinge seiner Familie den Operateur. Die Kastration selbst wird folgendermaßen geschildert: Der Patient wird auf eine Art Feldbett gelagert. Bänder drücken die Schenkel und den Leib nieder. Ein Gehilfe hält ihn kräftig an der Taille, zwei andere halten die Beine auseinander. Der Operateur ist entweder mit einem krummen Messer oder mit einer langen und starken Schere ausgerüstet. Mit der linken Hand faßt er Penis und Hoden („le et les“), drückt sie zusammen und dreht sie, um das Blut möglichst auszutreiben. In dem Augenblick, da er schneiden will, fragt er nochmals den Klienten oder dessen Eltern: Stimmt ihr zu? Erfolgt eine zustimmende Antwort, so schneidet er mit einem raschen glatten Schnitte Ruthe und Hoden ab. Sodann wird ein kleiner Bolzen von Holz oder Zinn in Form eines Nagels in die Harnröhre gesteckt. Die Wunde wäscht man dreimal mit gepfeffertem Wasser, dann

werden mit Wasser befeuchtete Blätter aus Papier über die Gegend gelegt und das Ganze wohl verbunden. Der Patient spaziert hierauf, von Gehilfen unterstützt, 2 bis 3 Stunden lang im Zimmer auf und ab, nachher darf er sich niederlegen. Die nächsten 3 Tage erhält der Operierte gar kein Getränk, der Verband wird nicht berührt, der Kranke leidet nicht bloß an seiner Wunde, sondern hauptsächlich durch die Harnverhaltung infolge des mechanischen Hemmnisses. Erst nach diesen 3 Tagen wird der Verband entfernt, und der Arme darf urinieren oder es wenigstens versuchen, denn es gelingt ja nicht immer. Kann er Harn lassen, gilt er als geheilt und empfängt Glückwünsche. Wenn aber das Urinieren nicht von statten geht, muß der Operierte entsetzlich leiden und an der Harnverhaltung zu Grunde gehen, denn die Chinesen bedienen sich des Katheters nicht.

Nach der Amputation bleibt eine große Wunde zurück von etwa dreieckiger Gestalt mit nach unten gerichteter Spitze. Die Heilung erfolgt durch Granulation durchschnittlich in 100 Tagen. Trotz des so primitiven Vorgehens sind üble Zufälle selten, die Sterblichkeit beträgt 3—4 %. Die häufigste Komplikation ist die Incontinentia urinae, nicht so häufig die Harnverhaltung. Wenn die Inkontinenz dem Operateur zu lange dauert, erhält der Patient Schläge; diese Behandlung gilt als ausgezeichnet und wird fortgesetzt, bis die Inkontinenz aufhört.

Um die Atresie des Kanals zu bekämpfen, wird ein kleiner Holzpflock oder eine Art Bougie von Zinn eingeführt, ständig an Ort und Stelle gelassen und nur vor dem Urinieren weggenommen.

Die entfernten Geschlechtsteile, Hoden und Penis, tragen den Namen Edelsteine und werden, sei es von ihrem ehemaligen Besitzer, sei es vom Operateur, aufs sorgfältigste, von letzterem in etikettierten Gläsern mit Alkohol, aufbewahrt. Die Sache ist deshalb von Bedeutung, weil jeder Eunuch bei seiner Beförderung im Range seine „Edelsteine“ vorzeigen muß und weil von Zeit zu Zeit förmlich danach geforscht wird. Die Operateure können dann unter Umständen, natürlich gegen gutes Entgelt, mit den gewünschten Edelsteinen aus der Not helfen. Auch ein religiöses Moment ist in Betracht zu ziehen: die Chinesen wollen mit intaktem Körper ins Jenseits kommen, es werden daher die „Edelsteine“ stets mit in den Sarg gelegt. Fehlen sie und sind nur vom Operateur zu erhalten, so sind manchmal schon bis zu 15000 Francs dafür bezahlt worden.

Kaum ist die Wunde völlig verheilt, so beginnen schon die Störungen im Urinieren. Denn der von einer großen Narbe umringte Harnröhrenkanal sucht sich zu verengern. Blasenkatarrhe sind an der Regel. Gähmung und Stauung des Harns veranlassen häufig die Bildung von Steinen aus Ammoniak-Magnesia.

Die Funktionen der Eunuchen sind sehr verschiedenartige; zu allen Rollen passend, haben sie oft genug die einflußreichsten Stellen errungen. Alle Angestellten des kaiserlichen Palastes sind Eunuchen. Wenn nun abends bei Sonnenuntergang die Pforten der gelben Stadt geschlossen werden, giebt es unter den 6000 bis 7000 Personen, welche hinter den Palastmauern sich bewegen, nur einen Mann, den Sohn des Himmels. Die Eunuchen erhalten auch geistliche Funktionen, darunter sehr wichtige. 300 Eunuchen sind Schauspieler. Andere vermitteln den Verkehr des Kaisers mit seinen 72 Konkubinen, wobei ein sehr strenges Ceremoniel beobachtet wird.

Über die Klassifikation der Eunuchen, ihre Gerichtsbarkeit, Strafen, ihre Entlohnung und Schein-Ehen berichtet MATIGNON ebenfalls, zum Teil in amüsanten Weise. Was das Aussehen der Eunuchen betrifft, so betrachtet der Verfasser nach zahlreichen unbefangenen Beobachtungen das Vorkommen des speziellen Kastraten-Typus als Ausnahme. Nach ihm ist es ferner nicht richtig, die Eunuchen als blutgierig und gewaltsam zu bezeichnen. Der Kastrate sei vielmehr sanft, gefällig, seiner Niedrigkeit

sich bewußt. Seine Landsleute halten ihn für ehrlich. Er stiehlt wenig, ist mitleidiger als der gewöhnliche Chinese. Im Geschäfte zeigt er sich offen und freigebig. Die Eunuchen sind heiter, lieben die Kinder, fehlen solche, freuen sie sich mit Tieren, besonders Hunden. Alle lieben leidenschaftlich das Spiel, die meisten rauchen Opium.

Nach außen sind sie sittsam, wobei sie der Gedanke an ihre Verstümmelung leitet; ebendeshalb befriedigen sie die gewöhnlichen Bedürfnisse niemals so offen, wie der gewöhnliche Chinese es zu thun pflegt. Der Eunuche, welcher schon in jungen Jahren kastriert wurde, hat eine runde Figur und eine gewisse Körperfülle, aber sein Fleisch ist schlaff, er selbst apathisch. Meistens hat die Stimme den weiblichen Typus. Die etwa mit 20 Jahren Kastrierten verlieren oft ihre Haare, und ihre Stimme nimmt einen ebenso unangenehmen als grotesken Fistelklang an. Der Eunuche altert rasch, wird häßlich, seine Figur gewinnt etwas von traurig-drolligem Wesen. Und die altgewordenen gleichen alten Frauen in Männerkleidern.

Die Chinesen verachten die Eunuchen und geben dies vielfach kund.

Obwohl man annimmt, daß die Kastraten völlig von wollüstigen Gedanken frei sind, so suchen sie doch die Gesellschaft der Frauen, haben Vergnügen an der Berührung mit ihnen, sehr wahrscheinlich benutzen sie dieselben unguibus et rostro.

Mit einem Hinweis auf die Empfindlichkeit der Eunuchen und dem Rate, selbe zu schonen, schließt der Verfasser den leicht lesbaren Artikel. *Neuhaus-München.*

Personalia.

Unser verehrter Mitarbeiter Dr. C. BOECK ist zum ordentlichen Professor der Dermatologie und Syphiligraphie in Christiania ernannt worden.

In Neapel hat sich Dr. N. ORO als Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie habilitiert.

XII. Internationaler medizinischer Kongress in Moskau.

Sektion VIII. Haut- und venerische Krankheiten.

Die Fahrt von der Grenze nach Moskau II. Klasse kostet 20 Rubel oder 40,25 Mark; das Comité hofft, daß diejenigen, welche ein Billet von irgend einer Grenzstation lösen und zurückfahren werden, 30% Preisermäßigung auf den russischen Bahnen erhalten werden; vielleicht wird auch die Rückfahrt gratis sein. Die deutschen und schweizer Bahnen haben keine Ermäßigungen bewilligt. Die französischen, norwegischen und italienischen haben 50% Preisermäßigung zugestanden. Die ungarischen Bahnen fahren Passagiere mit Billet III. Klasse in der II. Klasse und solche mit Billet II. Klasse in der I. Klasse.

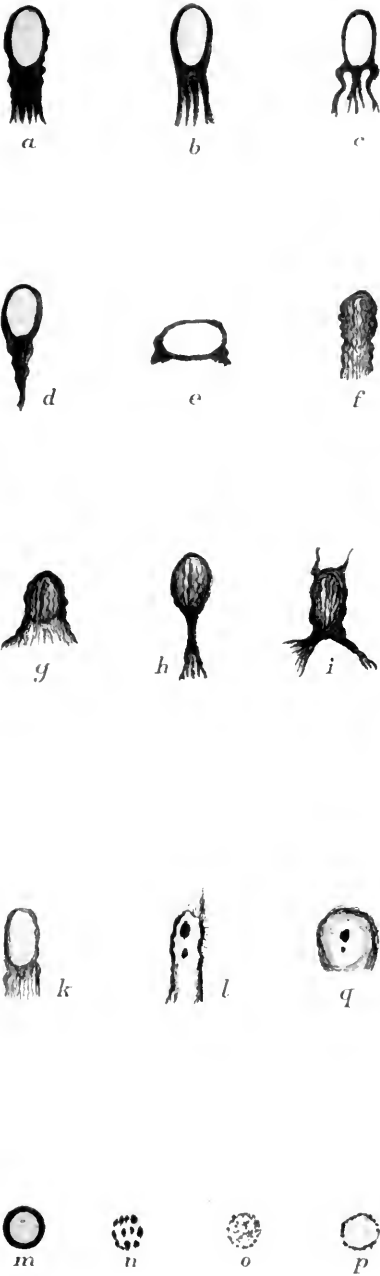
Für Einquartierung ist ein besonderes Comité gebildet und Mangel an Wohnungen wird nicht eintreten.

Für die zum Kongress mit ihren Männern reisenden Damen ist ein besonderes Damen-Comité in Moskau gebildet worden.

Alle Mitglieder des Kongresses fahren zuerst nach Moskau und dann auf Wunsch nach Petersburg oder anderwärts.

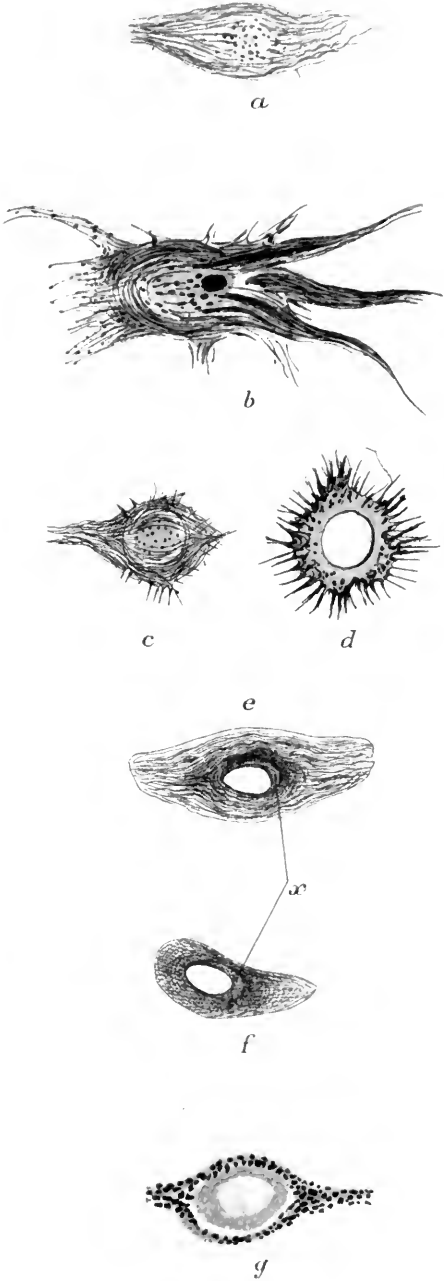
Prof. A. Pospelow.

Fig. 1.



Kromayer.

Fig. 2.



Lithograph. Verord. Z. u. H. 111111



Tannoform

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form von Streupulver, 10%iger Seife und 10%iger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmkatarrhen** in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich liefert

E. Merck

Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Liquor adhaesivus Dr. Schiff „Filmogen“.

Ein neues, nach Angabe von Dr. Schiff, Docent für Hautkrankheiten an der k. k. Wiener Universität, dargestelltes Vehikel, zur Aufnahme aller in der Dermatotherapie angewendeten Arzneistoffe und deren bequemen und eleganten Application auf die Haut.

Vielfache, an den verschiedenen Wiener Kliniken damit angestellte Versuche fielen sehr befriedigend aus und haben sich hierüber auch die Herren Professoren Kaposi, Lassar und Dr. Unna gelegentlich des diesjährigen internationalen Dermatologen - Congresses in London sehr anerkennend ausgesprochen.

„FILMOGEN“

sowie Lösungen von Salicylsäure, Ichthyol, Resorcin, Chrysarobin, Pyrogallol, Cocain, Theer etc. etc. zu 5 oder 10 %, werden als „Salicylfilmogen“ — „Ichthyolfilmogen“ — „Resorcinfilmogen“ etc. dargestellt in der

Apotheke „zum König von Ungarn“

des

Carl Brady in Wien 1/I Fleischmarkt 1.

Haupt-Depôt für Deutschland: Apoth. G. Henke, Berlin W., Charlottenstr. 54.

Gesundheitspflege im Mittelalter.

Kulturgeschichtliche Studien nach Predigten des 13., 14. und 15. Jahrhunderts.

Von

Dr. med. et phil. **L. Kotelmann,**

Augenarzt in Hamburg.

M. 6.—.

Staatsmedaille f. gewerbl. Leistungen 1896.

Benno Jaffé & Darmstädter,

Lanolin-Fabrik, Martinikenfelde b. Berlin.

Lanolinum puriss. Liebreich.

Lanolinum puriss. Liebreich anhydricum

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

Neuheit { **Adeps lanae puriss. BJD cum aqua, weiss.**

Adeps lanae puriss. BJD anhydricus, hellgelb.

Adeps lanae BJD cum aqua.

Adeps lanae BJD anhydricus

fettsäurefrei, **manganfrei**, frei von jeder Klebrigkeit.

Sämmtliche Qualitäten werden

absolut geruchfrei!

geliefert und entsprechen selbst den hochgespanntesten Anforderungen.

Lanolin-Cold-Cream zur Massage

Marke „**Pfeilring**“.

Lanolin-Toilette-Cream-Lanolin

Marke „**Pfeilring**“ in Dosen und Tuben.

Ueberfettete neutrale u. alkalische

Stück-u. Pulver-Seifen

werden

nach

Angabe

des Herrn Oberarzt.

D^r J. Eichhoff in Elberfeld

nur allein
hergestellt.

Ferd. Mülhens

Listen und Indications-

Verzeichnisse der

über 130 verschiedenen

Sorten versendet die

Fabrik auf Verlangen

durch die
Seifenfabrik
von

Glockengasse N^o 4711

KOELN a/ RH.

den Herren Aerzten u. Apothekern gratis u. franko.

Farbentabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vorthell verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata,
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europen, Acid. boric.
pulv. a. p. aequ.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

Vasogen



emulgierende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind **Lösungsmittel** für verschiedene Medicamente, wie **Jodoform, Jod etc.** Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äusserlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (durch Harn-Analysen erwiesen) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 1/2 u. 3 %	Jod 3, 6 u. 10 %	Kreosot 5, 20 u. 33 1/2 %
Guajacol 20 %	Ichthyol 10 %	Creolin 15 u. 5 %
Eucalyptol 20 %	Salicyl 2 %	Menthol 25 u. 2 % etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgierende und die meisten Medicamente lösende oder in feinsten Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die überaus leicht von der Haut resorbirbaren 33 1/3 und 50 % Hg.-Vasogensalben sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Nachdem Herr Dr. Joh. Merlin, Abtheilungs-Chefarzt in Triest uns seine Erfahrungen mit

„Ainol“

bei acuter Gonorrhöe mitgetheilt, berichtet derselbe weiterhin seine Ergebnisse bei Behandlung der gleichen Affection, jedoch verbunden mit entzündlicher, eitriger Adenitis inguinalis bei gleichzeitigem Bestehen von venerischen **Helkosen am Penis.**

Was die **Bubonen** anlangt, von welchen 38 Fälle zur Behandlung kamen, so wurden dieselben nach der **Lang'schen Methode**, jedoch statt Argent. nitric. mit **Ainol 15,0, Glycerin 100,0** behandelt. Nach sorgfältiger Reinigung der erkrankten Gegend wurde die Geschwulst durch einen 4 bis 5 mm langen Einstich eröffnet, der Eiter durch langsames Streichen vollständig entleert und hierauf mit einer sterilisirten, genau auf die Incisionsstelle aufzusetzbaren Spritze die Emulsion injicirt, bis die Geschwulst prall gespannt erschien. Dieses Injectiren wurde durchschnittlich in jedem Falle fünf bis siebenmal durchgeführt, an fünf bis sieben aufeinanderfolgenden Tagen. Schon nach der ersten Injection war das Secret mehr serös, von gelblich-röthlicher Farbe, die Geschwulst verkleinerte sich rasch, und blieb in keinem Falle eine Induration der Operationsstelle zurück. (Selbstverständlich wurde über die Incisionsöffnung stets ein sterilisirter Verband angelegt). Die Schmerzhaftigkeit war gleich Null und waren alle Kranken in durchschnittlich 14 Tagen geheilt. Erwähnen möchte ich, dass in einem Falle die Behandlung 6 Tage in Anspruch nahm und durch zwei Injectionen vollkommene Heilung eintrat. Dieser ist in meiner Durchschnittsberechnung nicht mit einbezogen.

Ich glaube aus den angeführten Fällen den berechtigten Schluss ziehen zu dürfen, dass das **Ainol** durch seine **antiseptische** und vor Allem durch seine **adstringierende und austrocknende Wirkung** ein **wirklich brauchbares Mittel** bei Behandlung chirurgischer Fälle, besonders aber bei frischer Gonorrhöe u. bei venerischen Bubonen ist u. sich auch dauernd behaupten wird.

Litteratur, sowie Gratismuster stellen wir den Herren Aerzten gern zur Verfügung.

F. Hoffmann - La Roche & Co.

Fabrik chem. pharmac. Producte
Basel (Schweiz).

Sämmtliche Verbandstoff-Fabriken stellen **Ainolgaze** her.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

— Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —

Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller **Separatabzüge, Dissertationen, Monographien** u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34, ergebenst ersucht. *Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — ausser an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzer in Bremen, Kaiser Wilhelm-Platz 1, eingesandt werden.*



als Heilquelle seit Hunderten von Jahren bewährt in allen Krankheiten der **Athmungs- und Verdauungsorgane**, bei Gicht, Magen- und Blasenkatarrh. Vorzüglich für Kinder, Reconvalescenten und während der Gravidität.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.

FRANZENSBAD. Wien. BUDAPEST.

Mattoni's Kurort Giesshübl Sauerbrunn
bei KARLSBAD in Böhmen.

Trink-, Kur- und Wasser-Heilanstalt.

Pneumatische und Inhalations-Kuren.

Für Nerven- und Brustkranke, Reconvalescenten,
Katarrhe, Rheumatismus etc.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten. Von DOMENICO MAJOCCHI. (Schluß.) S. 497.

Fachzeitschriften. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 38, Heft 3. S. 515. — Dermatologische Zeitschrift. Band 4, Heft 1. S. 518. — Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organen. Band 8, Heft 2 u. 3. S. 520. — Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band 57, Heft 3 u. 4. S. 521. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1896, Heft 12. S. 521. — Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1896, Heft 12 und 1897, Heft 1. S. 522. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1897, Heft 1. S. 524. — Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1896, Heft 6. S. 527.

Mitteilungen aus der Litteratur. Angioneurosen. S. 528. — Traumatische Entzündungen. S. 533. — Neurotische Entzündungen. S. 535. — Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates. S. 537. — Blennorrhoe und Komplikationen. S. 543.

Akrokeratom oder Keratodermatitis 528.

Beri-Beri 530.

Blennorrhoe, Maligne Endokarditis nach 521.

— bei neugeborenen Kaninchen, Experimentelle 543. X

— des Weibes, Beiträge zur Pathologie und Therapie der 543.

— — Latente 546.

— — und ihre Behandlung 546.

Chancere mixte 524.

Chloralexanthem 531.

Corpora cavernosa, Verhärtung der 523.

Ekthyma syphiliticum 523.

Ektopia vesicae; Abänderung der autoplastischen Methode 526.

„Ekzematöse“ Veränderungen und die Reaktion der Haut im allgemeinen 521.

Erythromelalgie 535. 536.

Jucain als lokales Anästheticum für Harnröhre und Blase 520. X

Fasern, Elastische, und ihr Verhältnis zu den Lymphgefäßen der Haut 517.

Gonococcus, Vereiterung der Leistenröhren durch den 516.

Haarfarbe und Haarfärbung 519.

Harnröhre, Fremdkörper der 520.

Herpes des äußeren Ohres 536.

— zoster, Natur des 536.

— — Behandlung 536.

Hydroa vacciniforme 523.

Hydrocele tunicae vaginalis. Radikale Behandlung der 537.

— Irritierende Injektionen und Drainage bei 537.

Ichthyosis congenita, Zur Pathologie der 521.

Insektenstiche 531.

Jodolpflaster bei venerisch-syphilitischen Krankheiten 497.

Karbolgangrän 535.

Katheter, Elastische 520.

Knochenfrakturen bei Syphilitikern 522.

Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes, Spezifische 538.

Lävulosurie 521.

Lepra, Zur Kasuistik der 519.

Lichen ruber planus 523.

Lupus vulgaris, Chirurgische Behandlung des 518.

Morbus caeruleus 528.

Mykosis fungoides, Zur Kasuistik der 519.

Neurasthenia syphilitica 524.

Nierenexstirpation, Die Grenzen der 520.

Ödem, Angioneurotisches 528.

Peritonitis, Diffuse blennorrhoeische 548.

Permeabilität der normalen Haut 515.

Prostata, Instrument zur Massage der 540.

— Neue elastische Katheter für voluminöse 540.

Prostatahypertrophie und deren Behandlungsmethoden 539.

— Häufigkeit der verschiedenen Arten 538.

— und anatomische Grundlagen der senilen Insuffizienz der Blase 538.

— Zur galvanokautischen Behandlung der 520.

— Die subkutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der 540. 541.

— Kastration bei 541. 542.

Prostatakrebs, Sehr schwere Erstickungsanfälle bei 542.

— Osteoplastischer; zugleich Beitrag zur Genese der perniziösen Anämie 543.

Prostatiker, Zur leichteren Ertragung des Verweilkatheters der 540.

Prostatismus vesicalis 527.

Prostatitis und Harnröhrenstriktur durch Radfahren mit schlecht passendem Sattel 538.

Psoriasis, Ätiologie und Pathogenese der 517.

Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes 533.

Purpura haemorrhagica 532.

— — mit Netzhautblutungen 533.

Quecksilberexanthem, Schweres 532.

Quecksilbervergiftung, Seltene Formen der 519.

Raynaudsche Krankheit 529.

— und Sklerodaktylie 529.

— Cerebrale Komplikationen der 529.

Rectalblennorrhoe 547.

Reckenrensepidemie 1894 zu Moskau 521.

Rheumathritis blennorrhoea bei einem neugeborenen Kinde 547.

Schanker, Harter, der Konjunktiva — der Wange 524.

Schleimhautlupus 522.

Sekundärinfektionen bei der Tuberkulose der Harnorgane 524.

Septikämie, Akute hämorrhagische, behandelt mit Antistreptokokkenserum 532.

Strychnin-Ausschlag 531.

Syphilis maligna 516.

— — praecox 523.

— Behandlung mit Kalomeleinspritzungen 522.

— Multiple Gummen im Frühstadium der 516.

— pustulosa bei einem hereditär-syphilitischen Kinde 523.

— Seltene Übertragungsart 523.

Tachykardie bei Syphilis und Intermittens 523.
 Trichophytonarten der Provinz Parma 528.
 Ulcus venereum, Sublimat bei 527.
 Varicellen, Einfache Wassersucht nach 521.
 Verbrennung, Perforier. Darmgeschwüre nach 534.

Verbrennungen, Behandlung der 534.
 — Pikrinsäure gegen 534.
 Vulvovaginitis, Infektiöse, bei Kindern; Ophthalmoblennorrhoe 547.

Autoren-Register.

(* bedeutet Original-Artikel).

Abbott 532.	Dunstre 540.	Louveau 541.	Pesner 520.
Albarran 524.	Durand 523.	*Majocchi 497.	Power 534.
d'Arcy Power 534.	Fabry 516.	Manassein 515.	Pozzi 526.
Arnheim 519.	Frank 520.	Marmonier 524.	Pryor 546.
Audry 522. 524.	Frassi 541.	Marsh 529.	Richter 519.
Baer 547.	Fuchs 529.	Matthaus 533.	Rörsch 537.
Ballance 532.	Fürbringer 538.	May 521.	Rosenberg 535.
Barbe 523.	Geill 531.	Mazet 524.	Schultz 543.
Beck 517.	Gerstenberg 521.	Meyer 542.	Sheffield 547.
Bogdan 524.	Giletti 528.	Midelli 528.	Soffiantini 522.
Borelius 541.	Gioannini 527.	Motz 538.	Sommers 536.
Bossard 519.	Goldberg 520.	Murray 547.	Soto 523.
Braun 543.	Guépin 540.	Nicaise 537.	v. Starck 521.
Bröse 548.	Guthrie 538.	Nitze 520.	Steer 532.
Brown 534.	Hansteen 516.	Ohmann-Dumesnil 536.	Swinburne 540.
Carriek 546.	Hastlund 516.	Oster 529.	Tavernier 522.
Charlton 542.	Heimann 536.	Ottinger 531.	Tobiesen 534.
Ciechanowsky 538.	Heller 543.	Paggi 536.	Török 521.
Coffin 523.	Helferich 541.	Parascandolo 533.	Townsend 538.
Czerny 541.	Jacobi 519.	Pasteau 527.	Tyrell 547.
Daeubler 530.	Issersohn 532.	Pavone 541.	Viertel 539.
Dehio 535.	Keller 521.	Pelagatti 528.	Wegner 520.
Diets 523. 523.	Kelsey 542.	Pezzoli 536.	Wossidlo 520.
Doyen 537.	Kuznitsky 517.	Philip 540.	Wright 538.
Dubuc 542.	Lauenstein 540.	Popper 518.	Zuckerhndt 541.
Dulberg 531.	Loeenthal 521.		

Ausschließliche Inseraten-Annahme durch
 Annoncen-Bureau Karl Wipplinger, Berlin SW., Dessauerstr. 39/40.



Ichthyol

wird mit Erfolg angewandt:

bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Gonorrhoe**, bei **Krankheiten der Haut**, der **Verdauungs- und Circulations - Organe**, bei **Lungen-Tuberculose**, bei **Hals-, Nasen- und Augen-Leiden**, sowie bei **entzündlichen und rheumatischen Affectionen** aller Art, theils

in Folge seiner durch **experimentelle und klinische Beobachtungen** erwiesenen **reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften**, andernteils durch seine die **Resorption befördernden** und den **Stoffwechsel steigernden Wirkungen**.

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten aufs wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

**Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermann & Co.,
 Hamburg.**

Ein Naturschatz von Weltruf.

Von der ärztlichen Welt mit Vorliebe und
in mehr als 1000 Gutachten empfohlen.

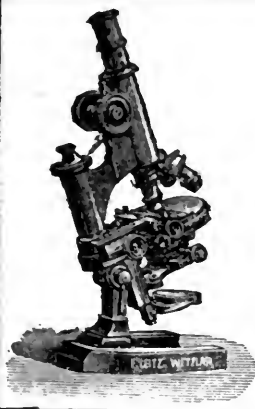
Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi János

Das mildeste, angenehmste,
zuverlässigste.

„Das Hunyadi János Wasser hat in
Folge seiner stets gleichmässigen Zu-
sammensetzung die verlässlichste Wirkung
und verdient daher besondere Beachtung
in der ärztlichen Praxis.“

*Prof. Dr. Árpád Bókai, Budapest,
Professor der Pharmakologie an der k. Universität.*

Käuflich in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken.



E. LEITZ

Wetzlar.

Filialen: Berlin N.W., Luisenstrasse 29,
New York 411 W., 59 Str.

Mikroskope

Mikrotome, Lupen-Mikroskope,
Mikrophotographische Apparate.

Über 38 000 Leitz-Mikroskope im Gebrauch.
Deutsche, englische und französische Kataloge No. 36 kostenfrei.

Laboratoriums-Mikroskop nach Dr. P. G. Unna: Stativ mit
engl. Fuss, festem Tisch, Federklemme, Mattscheiben. Objectiv 3, 6 und
1/12 Oel-Im. Oculare I, III, V etc. M. 355.

Von den

Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten

erscheint soeben das zweite Heft. Das Inhaltsverzeichnis desselben befindet sich auf
Seite 10 des vorliegenden Inseratumschlages.

Jod-Soolbad

BAD HALL

Ober-Oesterreich.

Stärkste Jod-Soole des Continentes. Glänzende Heilerfolge bei allen scrophu-
lösen Erkrankungen, sowie bei allen geheimen Krankheiten und deren Folgen.
Vorzügliche Cureinrichtungen (Bäder u. Trinkcur, Einpackungen, Inhalationen,
Massage, Kefyr). Sehr günstige klimatische Verhältnisse;

Bahnstation, Reiseroute über Linz an der Donau (Kremsthalbahn) oder über
Steyr (Steyrthalbahn).

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospective in mehreren Sprachen durch die
Curverwaltung in BAD HALL.

Ueberfettete neutrale u. alkalische

Stück- u. Pulver-Seifen

werden

nach

Angabe

des Herrn Oberarzt

Dr. J. Eichhoff in Elberfeld

nur allein
hergestellt
durch die
Seifenfabrik
von

Ferd. Mülhens

Glockengasse N^o 4711

KOELN a. RH.

Listen und Indications-
Verzeichnisse der
Über 130 verschiedenen
Sorten versendet die
Fabrik auf Verlangen

den Herren Aerzten u. Apothekern gratis u. franko.

Paraplaste.

Neue **impermeable** Kautschukpflaster von bedeutender Klebkraft, seidenglänzendem, **der Hautfarbe nahe kommendem Aussehen.** Empfohlen von **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXIV, No. 7.

No. 250.	Paraplast c.	Acid. salicyl.	40 %
„ 251.	Paraplast c.	{ Acid. salicyl. 10 „ Empl. saponat. — „	
„ 252.	Paraplast c.	{ Acid. salicyl. 40 „ Extr. Cannab. 10 „	
„ 253.	Paraplast c.	Chrysarobin.	40 „
„ 254.	Paraplast c.	Hydrargyro	65 „
„ 255.	Paraplast c.	{ Hydrargyro	50 „
		{ Acid. carbol. ca. 7,5 „	
„ 256.	Paraplast c.	Ichthyol.	40 „
„ 257.	Paraplast c.	Pyrogallol.	40 „
„ 258.	Paraplast c.	Resorcin.	50 „
„ 259.	Paraplast c.	Zinc. oxyd.	40 „
„ 260.	Paraplast c.	{ Zinc. oxyd. 30 „ ol. cadin. 15 „	
„ 261.	Paraplast c.	{ Zinc. oxyd. 40 „ Hydr. oxyd. v. h. p. . . 2 „	

Ungt. Caseini D. R.-P.

Wasserlösliche Fettsalbengrundlage für trocknende Salben, empfohlen von **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Band XX, No. 6, als Basis von Zink, Zink-Schwefelsalben gegen Gesichtsekzeme, Rosacea, Acne, von Theer- und Ichthyolsalben gegen juckende Dermatosen, von Perubalsam gegen Scabies, ferner als reizloses Deckmittel bei verschiedenen Hautkrankheiten.

Aromatische Kali chloricum-Zahnpasta

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis
in Tuben à 1 Mk.

Gattaperchapflastermulle, Salbenmulle, Ueberfettete Seifen,
Zinkleim, Suspensorien, Comedonenquetscher, Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika
bei **Lehn & Fink, New York.**

Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten.

Klinisch-statistische Beiträge.

Von

Prof. DOMENICO MAJOCCHI,

Direktor der dermosyphilitischen Universitätsklinik zu Bologna.

(Schluß.)

Zum Schluß möchte ich noch bemerken, daß ich hier teils wegen ihrer geringen Anzahl oder unsicheren Erfolges verschiedene therapeutische Versuche über einige Hautkrankheiten in der nachstehenden Statistik nicht aufgenommen habe. Beispielsweise erwies sich bei Lupus von der ersten Anwendung an das Jodolpflaster als kein geeignetes resolvierendes Mittel; und auch in anderen Dermatosen mußte ich von der Anwendung desselben Abstand nehmen. Es wäre indessen meiner Meinung nach angezeigt, bevor man einen bestimmten Schluß auf die Wirkung des Jodolpflasters ziehen wollte, dasselbe erst noch länger und in einer größeren Anzahl von Fällen zu prüfen.

Mit aller Sicherheit läßt sich jedoch behaupten:

1. Daß wir im Jodolpflaster ein vorzügliches, rasch anti-phlogistisch und resolvierend wirkendes Mittel besitzen, das wie wir oben gesagt haben, gewöhnlich in zwei verschiedenen, untereinander von einer Stillstandsphase getrennten Perioden seine Wirkung äußert, bei akuten und chronischen Entzündungsgeschwülsten sich empfiehlt, hauptsächlich aber als ausgezeichnetes Behandlungsmittel bei den Adenitiden und Periadentitiden, sowie den Epididymitiden und Orchoepididymitiden in Betracht zu ziehen ist;

2. daß nach einigen in unserer Klinik angestellten vergleichenden Versuchen man behaupten kann, daß dem Jodolpflaster als resolvierendem Mittel eine mehr bestimmte und vom Quecksilberpflaster verschiedene Anwendung zukommt, derart, daß während die Anwendung des ersten (Jodolpflaster) bei einfachen Entzündungsprozessen sich empfiehlt, die des letzteren (Quecksilberpflaster) mehr bei spezifischen Entzündungen angezeigt ist.

Statistische Übersicht.
Dermo-syphilopatische Klinik. — Männliche Abteilung.
Serie A.

Adenitiden und Periadentiden.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
1	1	P. G.	43	Bauer	Beiderseitige hyperplastische Adenitis infolge von weichem Schanker am Sulcus coronarius. Rechts: Geschwulst faustgroß, hart, schmerzend. Links: Kleiner, hart, schmerzend. Beide aus multiplen Drüsenanschwellungen bestehend.	40 Tg.	66 Tg.	Der erste Fall der Jodolpflasterbehandlung am 27. Jan. 96. Sofortiges Nachlassen d. Schmerzen. Rasches Schwinden der akuten Entzündungserscheinungen in der ersten Periode (14 Tage). In der zweit. Periode (20 Tage) Stillstand. Stufenweiser und vollständiger Rückgang in der folgenden Zeit.
2	2	G. L.	19	Schuhmacher	Bilaterale Periadentitis infolge von weichem Schanker auf der Vorhaut. Haselnußgroße, harte, schmerzende Knoten. Die Haut etwas gerötet.	60 Tg.	17 Tg.	Rascher und vollständiger Rückgang.
3	3	G. O.	35	Kellner	Periadentitis in der rechten Leistengegend infolge von weichem Schanker am Vorhautrand. Volumen: Wallnußgroß; hart, schmerzend.	7 Tg.	15 Tg.	Vollständiger und rascher Rückgang der Geschwulst.
4	4	W. G.	18	Spängler	Bilaterale Periadentitis infolge von weichem Schanker am Bändchen. Rechts: Wallnußgroße Geschwulst. Links: Haselnußgroße, harte, schmerz. Knoten.	6 Tg.	28 Tg.	Rasches Nachlassen und Verschwinden der Schmerzen. Rasche Involution in den ersten 14 Tagen, dann langsamer in den folgenden.
5	5	T. E.	33	Sicherheitswachmann	Periadentitis in der rechten Leistengegend. Ebene handgroße Geschwulst, wenig schmerzhaft.	?	29 Tg.	Rückgang geht langsam von Statten.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
6	6	N. A.	33	Dienstmann	Hyperplastische bilaterale Adenitiden infolge von multipl. weich. Schanker. Rechts: Geschwulst hühnereigroß, hart, schmerzhaft. Links: Wallnußgroß.	20 Tg.	20 Tg.	Rasche Volumenabnahme in den ersten 10 Tagen, dann langsamer Rückgang.
7	7	F. V.	27	Schmied	Eiternde Periadentitis in der linken Leistengegend. Rechts nicht eiternd; infolge eines Schankers am Sulcus coronarius. Nußgroß.	2 Tg.	43 Tg.	Links: Punktion und Injektion von Jodoform und Glycerin; hierauf Applikation von Pflaster. In 12 Tagen Heilung des starken residuellen Infiltrats. Rechts: Wirkung des Pflasters infolge von Ausschreitungen des Patienten ziemlich langsam.
8	8	B. V.	28	Schmied	Periadentitis in der linken Leistengegend teilweise eiternd infolge weichen Schankers. Hühnereigroße, harte, schmerzhaftes Geschwulst.	7 Tg.	52 Tg.	Trotz Anwendung des Pflasters tritt nach 10 Tagen vollständige eiterige Schmelzung ein. Punktion und Entleerung. Abermalige Applikation des Pflasters, welche in 24 Tagen die bedeutende residuelle Drüsenanschwellung zum Schwinden brachte.
9	9	G. V.	19	Limonadeverkäufer	Beginnende Periadentitis in der linken Leistengegend. Tripper. Wallnußgroße, schmerzhaftes Geschwulst.	2 Tg.	6 Tg.	Die Wirkung des Pflasters ist eine sofortige.
10	10	N. G.	30	Schuhmacher	Periadentitis in der rechten Leistengegend infolge von multiplem Schanker am Sulcus coronarius. Hühnereigroße Geschwulst bestehend aus multipler Drüsenanschwellung.	6 Tg.	43 Tg.	Nach 19 Tagen teilweise Schmelzung eines Knotens. Incision. Nach 14tägigem Aussetzen wird das Pflaster wieder appliziert, das in 11 Tagen jede Infiltration auflöste.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krank- heit vord. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
11	11	Z. A. E.	22	Tüncher	Eiternde Periadentitis in der linken Leistengegend, schon incidiert. Ausgedehntes tiefes Infiltrat in der Umgebung.	26 Tg.	18 Tg.	Der Rückgang der residuellen Infiltration war langsam, aber regelmäßsig.
12	12	P. G.	28	Schreiner	Periadentitis in der rechten Leistengegend, eiternd, infolge weich. Schankers. Hühnereigroße, weiche, schmerzhaft Geschwulst.	20 Tg.	14 Tg.	Kein Erfolg. Nach 14 Tagen mußte die Eiteransammlung aufgeschnitten werden.
13	13	M. L.	35	Agent	Periadentitis in den beiden Leistengegenden. Rechts: Hühnereigroße, fluctuierende, schmerzhaft Geschwulst. Links: Zwei Geschwülste, jede taubeneigroße, hart, schmerzhaft.	?	16 Tg.	Links: Kein Erfolg. Rechts: Rasche Restitutio ad integrum.
14	14	M. C.	31	Packträger	Periadentitis inguinalis, eiternd; Tripper.	30 Tg.	16 Tg.	Punktion, Entleerung und Applikation des Pflasters. Langsamer stufenweiser und vollständiger Rückgang.
15	15	S. G.	22	Sattler	Vorgeschrittene Periadentiden in den beiden Leistengegenden; nach vorausgegangener Eiterung schon vernarbt. Tiefes, unter der Narbe liegendes Infiltrat, hart, indolent.	?	12 Tg.	Die resolvierende Wirkung d. Pflasters war ziemlich rasch und regelmäßsig.
16	16	D. P.	25	Offizier	Periadentitis in den beiden Leistengegenden. Links: Eiternd. Rechts: Haselnußgroße, hart, schmerzhaft.	2 Tg.	7 Tg.	Links: Incision. Rechts: Rascher Rückgang.
17	17	A. M.	19	Bäcker	Subakute Adentiden in d. beid. Leistengegenden. Ziemlich schmerzhaft. „Chancre mixte“ am Sulcus coronarius.	6 Tg.	20 Tg.	Nachlassen der Schmerzen und der Reaktionserscheinungen. Kein Erfolg, wegen des spezifischen Infiltrats, welches sich infolge der Syphilis entwickelte.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
18	18	M. B.	25	Hausierer	Periadenitis bilateralis infolge vorgeschrittenen weichen Schankers. Rechts: Hühnereigroße, weiche, elastische, schmerzhaftige Geschwulst. Links: Etwas kleiner, hart, schmerzhaft.	2 Tg.	10 Tg.	Rechts: Incision, starkes residuelles Infiltrat, auf welches das Pflaster appliziert wird. Links: Bedeutender Rückgang nach Anwendung des Pflasters.
19	19	A. G.	28	Lackierer	Adenitis in der linken Leistenengegend infolge von weichem Schanker am Bändchen. Faustgroß, hart, fibrös.	2 Mt.	84 Tg.	Bei Anwendung des Pflasters nimmt die Geschwulst an Volumen sehr ab; dann Stillstand, worauf die Leistenhöhle entleert wurde.

Dermo-syphilopatische Klinik. — Weibliche Abteilung.

Serie A.

20	1	C. Z.	24	Prostituierte	Periadenitis in der linken Leistenengegend, eiternd. Taubeneigroß.	30 Tg.	20 Tg.	Punktion und Entleerung, Applikation des Pflasters auf der residuellen Schwellung. Rückgang.
21	2	G. D.	23	Prostituierte	Hyperplastische Adenitis in der rechten Leistenengegend infolge von Schanker am Scheideneingang. Hühnereigroß. Blennorrhische Urethrovaginitis. Spitze Condylome d. Scheideneingangs. Erosion des Uterushalses.	60 Tg.	10 Tg.	Anfänglich mit Merkurialpflaster behandelt. Nach Behandlung mit Jodolpflaster geht die Geschwulst zurück.
22	3	F. F.	16	Sängerin	Drüsenschwellung am Halse. Hühnereigroß.	seit 60 Jahr.	60 Tg.	Teilweiser Rückgang. Es wurde auch das Serum von MARAGLIANO angewandt.
23	4	M. E.	24	Näherin	Hyperplastische Adenitiden in den beiden Leistenengegenden infolge venerischen Geschwürs. Hühnereigroß an beiden Leisten und in der linken Regio cruralis.	8 Tg.	30 Tg.	Vollständiger Rückgang durch das Pflaster.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vord. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
24	5	O. M.	23	Tage-löhnerin	Periadenitis in der linken Leistengegend. Taubeneigroß, von pastös. Konsistenz. Blennorrhische Urethrovaginitis.	7 Tg.	45 Tg.	Rascher Rückgang auf $\frac{1}{3}$ des Volumens innerhalb 7 Tagen, langsamer in der letzten Periode.
25	6	U. A.	22	Prostituierte	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge venerischen Geschwürs. Partielle successive Eiterung.	10 Tg.	13 Tg.	Incision, nachfolgende Behandlung mit Pflaster. Vollständiger Rückgang.
26	7	S. C.	25	Arbeiterin	Periadenitis in den beiden Leistengegenden. Darauf folgende partielle Eiterung der linken Adenitis.	30 Tg.	174 Tg.	Das Pflaster bringt das rechte residuelle Infiltrat in 24 Tagen zum Rückgang. Die lange Dauer der Krankheit war veranlaßt durch die fortgesetzte Eiterung des linken Adenitis.
27	8	G. F.	32	Zimmermädchen	Multiple beiderseitige Periadenitiden. Blennorrhoe. Darauf folgende Eiterung der linken Adenitis.	7 Tg.	—	Links: Kein Resultat. Eiterige Schmelzung. Drüsenexstirpation. Rechts: Vollständiger Rückgang.
28	9	T. T.	37	Näherin	Multiple beiderseitige Periadenitis infolge venerischen Geschwürs.	5 Tg.	—	Teilweiser Rückgang einiger Knoten; einige eiteren und werden nach und nach incidiert.
29	10	S. A.	47	—	Periadenitis in der rechten Leistengegend, eiternd infolge weichen Schankers an d. unteren Commissur. Hühnereigroß, hart, schmerzhaft.	8 Tg.	29 Tg.	Incision d. eiternden Stelle nach 12 Tagen. Neue Anwendung von Pflaster. Vollständ. Rückbildung des infiltrierten Drüsenpackets. Rasches Nachlassen der Schmerzen.
30	11	B. C.	26	Schneiderin	Subakute Adenitis in beiden Leistengegenden, hart, schmerzhaft. Wallnufgroß.	2 Tg.	20 Tg.	Langsamer und stufenweiser Rückgang der Geschwulst.

Dermo-syphilopatische Klinik: Ambulatorium. — Männliche Abteilung.

Serie A.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
31	1	R. G.	—	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend. Wallnufsgroß. Sekundäre Drüsen-schwellung.	?	52 Tg.	Die Wirkung des Pflasters war langsam und stufenweise infolge der großen Anzahl der Drüsen-infiltrate. Patient machte sich zuviel Bewegung; infolge dessen Ausgang in teilweiser Eiterung einer Drüse gegen Schluß der Kur. Subkutane Punktion. Heilung durch fortgesetzte Behandlung mit Pflaster.
32	2	B. A.	—	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgroße, harte, schmerzhaftes Geschwulst.	?	13 Tg.	Rückgang nach Anwendung von Pflaster rasch.
33	3	D. S. L.	—	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend. Taubeneigroß.	?	7 Tg.	Besserung. Patient kommt nicht wieder.
34	4	D. T. F.	—	Student	Tiefe Periadenitis in der linken Leistengegend.	8 Tg.	30 Tg.	Partieller Ausgang in Eiterung. Subkutane Punktion. Neue Applikation von Pflaster. Vollständiger Rückgang.
35	5	M. G.	—	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigroß, hart, schmerzhaft.	4 Tg.	21 Tg.	Partielle Eiterung. Subkutane Punktion. Die residuelle Schwellung heilte nach Anwendung des Pflasters.
36	6	T. A.	—	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigroß, äußerst schmerzhaft.	?	14 Tg.	Rasch geheilt mit Pflaster. Neigung zu völligem Rückgang. Patient kommt nicht wieder.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vord. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
37	7	T. C.	—	Student	Periadenitis inguinalis. Anfangs rechts; später links.	3 Tg.	25 Tg.	Vollständig geheilt, trotzdem nach dem ersten Rückgang der Geschwulst infolge der Behandlung mit Jodolpflaster ein Rückfall infolge übermäßiger Bewegung des Patienten eintrat.
38	8	Z. V.	42	Maurer	Periadenitis in den beiden Leistengegenden. Anfangs links; später auch rechts.	?	25 Tg.	Die Adenitis rechts trat nach 8 Tagen auf, als die linke schon anfang zurückzugehen. Beide mit Jodolpflastergeheilt.
39	9	D. C.	24	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgroß, sehr schmerzhaft.	?	29 Tg.	Rasches Nachlassen der Schmerzen. Vollständiger Rückgang der Geschwulst.
40	10	F. A.	21	Buchbinder	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgroß, sehr schmerzhaft.	?	4 Tg.	Rasche Besserung. Patient kommt nicht wieder.
41	11	S. C.	28	Arbeiter	Hyperplastische linksseitige Adenitis. Faustgroß.	?	32 Tg.	Begann zurückzugehen. Patient kommt nicht wieder.
42	12	F. P.	49	Viktualienhändler	Periadenitis in der rechten Leistengegend, zum Teil eiternd. Volumen: Faustgroß mit starker peripherischer Infiltration.	?	10 Tg.	Punktion und Applikation des Pflasters. Als der Patient sich das letzte Mal sehen ließ, war die Geschwulst beträchtlich zurückgegangen.
43	13	M. G.	29	Advokat	Hyperplastische Adenitiden in beiden Leistengegenden. Beide: Hühnereigroß.	?	58 Tg.	Vollständig zurückgegangen, obwohl Patient die Kur wenig ernst nahm.
44	14	F. G.	19	Goldarbeiter	Linksseitige submaxilläre Drüsenanschwellung.	?	?	Nur einmal behandelt.
45	15	G. G.	26	Arbeiter	Beginnende Periadenitiden in den beiden Leistengegenden.	3 Tg.	6 Tg.	Unterbrach die Kur, auf dem Wege der Besserung.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
46	16	M. A.	18	Schreiner	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Hühnereigroß, hart, schmerzhaft.	—	22 Tg.	Teilweise eiterige Schmelzung. Incision. Neue Applikation von Pflaster. Vollständiger Rückgang.
47	17	C. G.	22	Barbier	Periadenitis in der linken Leistengegend. Hühnereigroß, etwas weich.	?	6 Tg.	Nach leichter Besserung spricht Patient nicht weiter vor.
48	18	B. P.	21	Sicherheitswachmann	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Hühnereigroß, hart, schmerzhaft.	?	22 Tg.	Vollständiger Rückgang.
49	19	C. L.	23	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend. Taubeneigroß.	?	5 Tg.	Auf dem Wege der Besserung. Patient kommt nicht wieder.
50	20	B. V.	34	Scherenschleifer	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigroß, weich und elast., später fluctuierend.	?	6 Tg.	Mufste incidiert werden. Pflaster ausgesetzt.
51	21	P. C.	38	Kärner	Hyperplastische Adenitiden in beiden Leisten- gegenden. Gesamtvolumen: Hühner- eigroß.	?	—	Pflaster wurde nur einmal appliciert, Patient erscheint nicht wieder.
52	22	D.B.M.	18	Pack- träger	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge weichen Schankers. Wallnufsgroß, schmerz- haft.	2 Tg.	11 Tg.	Vollständiger und rascher Rückgang.
53	23	M. G.	31	An- streicher	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge von weichem Schanker.	?	?	Patient kommt nach einmaliger Behand- lung nicht wieder.
54	24	M. A.	18	Schmied	Subkutane Periadenitis in der linken Leistengegend. Balanitis.	—	8 Tg.	Rascher Rückgang. Kommt später wegen Syphilis in die Klinik.
55	25	B. G.	32	Offizier	Periadenitis in der rechten Leistengend, später auch in der linken. Beide taubeneigroß.	—	17 Tg.	Ausgang in Eiterung und freiwillige Ent- leerung wegen Nach- lässigkeit des Patienten. Pflaster kur resultatlos.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vord. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
56	26	F. R.	18	Rentner	Periadenitis in der rechten Leistengegend infolge von weichem Schanker. Volumen hühnereigroß.	12 Tg.	32 Tg.	Stufenweiser, vollständiger Rückgang.
57	27	D. T.	26	Beamter	Periadenitis in den beiden Leistengegenden infolge weichen Schankers.	20 Tg.	25 Tg.	Vollständiger Rückgang.
58	28	L. C.	28	Advokat	Periadenitis in der linken Leistengegend, später auch in der rechten. Beide taubeneigroß. Blennorrhoe.	13 Tg.	15 Tg.	Zweimal behandelt. Vollständiger und rascher Rückgang.
59	29	G. I.	21	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge von weichem Schanker. Taubeneigroß.	5 Tg.	8 Tg.	Teilweise Eiterung. Incision. Pflaster von neuem angewandt. Vollständiger Rückgang.
60	30	Z. U.	38	Schmied	Subakute Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgroß.	?	7 Tg.	Nur zweimal behandelt. War auf dem Wege der Besserung.
61	31	A. P.	34	Schriftsetzer	Multiple beiderseitige Periadenitiden. Gesamtvolumen: Hühnereigroß.	?	12 Tg.	Bemerkenswerter Rückgang nach einig. Applikationen des Pflasters. Patient kommt nicht wieder.
62	32	M. E.	20	Barbier	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Hühnereigroß.	?	—	Nur einmal behandelt.
63	33	T. A.	27	Küfer	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigroß.	?	18 Tg.	Rascher und völliger Rückgang.
64	34	B. A.	19	Hausierer	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgroß.	?	?	Nur einmal in Behandlung.
65	35	G. T.	24	Bäcker	Periadenitis in der rechten Leistengegend infolge von weichem Schanker. Taubeneigroß.	?	20 Tg.	Bemerkenswerter Rückgang der Geschwulst.
66	36	O. G.	19	Barbier	Periadenitis in den beiden Leistengenden. Rechts teilweise vereitert. Links hart, schmerzhaft.	?	31 Tg.	Rechts: Punktion und Entleerung. Links: Geht zurück. Patient kommt nicht wieder.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
67	37	R. A.	26	Goldarbeiter	Subakute Periadentitis in der linken Leistengegend. Tripper.	?	7	Rascher und vollständiger Rückgang nach zwei Behandlungen.

Dermo-syphilopathische Klinik.

Serie B.

Epididymiten und Orcheoepididymiten.

68	1	G. P.	26	Handelsmann	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden gänseeigroß, hart, schmerzhaft. Nebenhoden gleichfalls dick, schmerzhaft.	?	7 Tg.	Tritt aus Familienrücksichten aus der Klinik aus. Rasche bemerkenswerte Abnahme der Konsistenz und des Volumens der Hoden.
69	2	A. G.	33	Eisenbahnarbeiter	Rechtsseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden hühnereigroß, hart, schmerzhaft; Schwellung der Nebenhoden, schmerzhaft. Adenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigroß, schmerzhaft.	10 Tg.	19 Tg.	Die Wirkung des Pflasters ist ziemlich regelmäßig, rascher im Anfang. Der Nebenhoden geht zuletzt zurück. Vollständiger und rascher Rückgang des Adenitis.
70	3	N. P. G.	33	Kohlenhändler	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden sind stark geschwollen, hart; Gesamtvolumen hühnereigroß.	8 Tg.	9 Tg.	Äußerst rasche Wirkung d. Pflasters. Fast vollständiger Rückgang d. Hodens in 5 Tagen. Langsame und stufenweise Abschwellung d. Nebenhoden. Als Patient austrat, machte sich noch eine leichte Härte am Schwanze der Nebenhoden bemerkbar.
71	4	S. A.	27	Beamter	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden sind geschwollen, hart, schmerzhaft.	20 Tg.	7 Tg.	Schmerzen lassen sofort durch die Jodolpflasterbehandlung nach. Freiwillig ausgetreten als die Abschwellung begann.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
72	5	V. T.	26	Limonadenverkäufer	Linksseitige blennorrhoidische Epididymitis. Indurierter Knoten im Nebenhoden. Volumen haselnußgroß, wenig schmerzhaft, von unregelmäßiger Oberfläche.	6 Mt.	12 Tg.	Nach Anwendung des Jodolpflasters geht der Knoten auf Erbsengröße zurück. Tritt aus am 6. April 1896. Kommt wieder am 24. Okt. Rückfall am selben Hoden; abermalige Anwendung von Jodolpflaster. Rascher und vollständiger Rückgang.
73	6	B. A.	31	Packträger	Rechtsseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden faustgroß.	31 Tg.	11 Tg.	Schmerz verschwindet nach 24 Stunden. Rascher Rückgang der Geschwulst ohne „Stillstandsperiode“.
74	7	M. E.	24	Spängler	Rechtsseitige blennorrhoidische Epididymitis. Der Nebenhoden erscheint als ein daumdicker Strang.	1 Tg.	21 Tg.	Die Restitutio ad integrum geht regelrecht und ziemlich rasch von statten.
75	8	R. C.	41	Maurer	Rechtsseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis und Funikulitis. Hodenvolumen hühnereigroß, schmerzhaft. Samenstrang von d. Größe eines kleinen Fingers, hart, schmerzhaft.	7 Tg.	16 Tg.	Hoden: Rascher Rückgang; es bleibt nur eine leichte indolente Vergrößerung des Samenstranges bestehen.
76	9	R. E.	35	Schreiner	Alternierende blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Rechter und linker Hoden hühnereigroß, äußerst schmerzhaft.	25 Tg.	19 Tg.	Nach 4 Tagen, nachdem fast vollständig die Entzündungserscheinungen des rechten Hodens geschwunden waren, schwoll plötzlich der linke an, der langsam durch Anwendung des Jodolpflasters zurückging, nachdem Patient die Klinik verlassen hatte.
77	10	M. A.	23	Maurer	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis.	15 Tg.	12 Tg.	Vollständiger Rückgang, wenn auch langsam, wegen des starken Infiltrats der Nebenhoden.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
78	11	M. L.	22	Hufschmied	Rechtsseitige blennorrhoidische Orchoeepididymitis. Hoden hühnereigroß, hart, schmerzhaft. Nebenhoden ebenfalls geschwollen.	6 Tg.	24 Tg.	Hoden geht rasch auf das normale Volumen zurück; Nebenhoden: langsamer, läßt für einige Zeit eine leichte Induration zurück.
79	12	M. C.	34	Packträger	Rechtsseitige blennorrhoidische Orchoeepididymitis. Hoden etwas größer als Hühnerei, ziemlich hart, schmerzhaft.	10 Tg.	16 Tg.	Vollständig geheilt.
80	13	M. V.	20	Maurer	Rechtsseitige blennorrhoidische Orchoeepididymitis. Hoden faustgroß, hart, schmerzhaft.	4 Tg.	7 Tg.	Fast vollständiger Rückgang d. Hodens; nur der Nebenhoden zeigt sich etwas verhärtet.
81	14	C. E.	24	Schreiner	Linksseitige blennorrhoidische Epididymitis. Fast taubeneigroß.	7 Tg.	4 Tg.	Tritt freiwillig aus. Der Nebenhoden ist an Umfang sehr zurückgegangen.
82	15	L. R.	33	Schreiner	Linksseitige Periorchitis und Epididymitis. Blennorrhoidische Urethrocystitis. Hoden hühnereigroß, hart, schmerzhaft.	3 Tg.	16 Tg.	Vollständig geheilt.
83	16	C. A.	22	Schuhmacher	Beiderseitige blennorrhoidische Orchoeepididymitis. Rechter Hoden gänseeigroß, hart, wenig schmerzhaft. Linker faustgroß.	7 Tg.	12 Tg.	Rascher und vollständiger Rückgang des rechten Hodens; auch der linke auf normales Volumen abgeschwollen; nur der Kopf des Nebenhodens leicht schmerzhaft.
84	17	C. P.	21	Mechaniker	Rechtsseitige blennorrhoidische Orchoeepididymitis. Hoden und Nebenhoden geschwollen, schmerzhaft, hühnereigroß; gleichzeitige Funikulitis ziemlich hart und schmerzhaft.	5 Tg.	18 Tg.	Rasches Nachlassen der Schmerzen. Vollständiger Rückgang der Geschwulst. Als Patient die Klinik verließ, blieb der Samenstrang verdickt.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
85	18	S. E.	38	Barbier	Rechtsseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden etwas geschwollen und hart, schmerzhaft. Nebenhoden beträchtlich geschwollen und schmerzhaft.	10 Tg.	12 Tg.	Geschwulst geht nach Anwendung des Jodolpflasters vollständig zurück; blieb weitere 22 Tage in der Klinik wegen Tripper, nachdem vorher die Pflasteranwendung schon ausgesetzt war.
86	19	M. C.	27	Bäcker	Rechtsseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Vorwiegende Geschwulst der Nebenhoden, äußerst schmerzhaft.	7 Tg.	11 Tg.	Hoden nimmt früheres Volumen und normale Konsistenz an. Nur der Nebenhoden zeigt sich etwas verhärtet.
87	20	C. A.	25	Brunnenmacher	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Volumen hühnereigroß, vorwiegend des Nebenhodens, äußerst schmerzhaft.	10 Tg.	8 Tg.	Rasches Nachlassen der Schmerzen und binnen kurzem vollständiger Rückgang der Geschwulst.
88	21	M. P.	20	Schmied	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden geschwollen, fast gänseeigroß, äußerst schmerzhaft.	2 Tg.	24 Tg.	Rasches Aufhören der Schmerzen; vollständiger Rückgang der Geschwulst.
89	22	T. A.	26	Kellner	Alternierende Orcheoepididymitis zuerst rechts, Hoden beginnt zurückzugehen, während Nebenhoden etwas vergrößert ist; dann linker Hoden hühnereigroß, äußerst schmerzhaft, an einer Stelle flutuierend.	16 Tg.	21 Tg.	Anfangs Wirkung des Pflasters ziemlich rasch, dann langsamer. Der Schwanz des Nebenhodens links bleibt etwas vergrößert zurück; wird im Ambulatorium geheilt.
90	23	B. A.	37	Packträger	Alternierende blennorrhoidische Orcheoepididymitis zuerst rechts. Hoden leichtgeschwoll., äußerst schmerzhaft. Nebenhoden vergrößert und induriert. Dann links: Hoden und Nebenhodengeschwollen. Gesamtvolumen faustgroß, äußerst schmerzhaft.	20 Tg.	11 Tg.	Hoden rechts geht nach 14tägiger Anwendung d. Pflasters auf den normalen Umfang zurück; auch linker sehr abgeschwollen, als Patient die Klinik verläßt.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
91	24	F. D.	35	Sicherheitswachmann	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden vergrößert. Gesamtvolumen hühnereigroß. Nebenhoden strangartig, hart, von Daumendicke.	12 Tg.	8 Tg.	Erfolg äußerst rasch, nach 5 Tagen schon völlig zurückgegangen.
92	25	S. G.	42	Steinmetz	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis mit sekundärer eitriger Periorchitis. Hoden und Nebenhoden fast faustgroßes Volumen, hart, schmerzhaft. Spontaner Ausbruch des Abscesses.	5 Tg.	28 Tg.	Anfangs Jodolpflaster wirkungslos. Nach 37 Tagen trat spontaner Ausbruch der Periorchitis ein; Anwendung des Jodolpflasters wieder aufgenommen; langsamer, aber völliger Rückgang erfolgte in 28 Tagen. Gesamtaufenthalt des Patienten 65 Tage.
93	26	B. A.	31	Packträger	Rechtsseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Faustgroß; Hoden und Nebenhoden ziemlich schmerzhaft.	21 Tg.	11 Tg.	Rasche Wirkung des Pflasters; in 24 Stunden hat der Schmerz aufgehört; Geschwulst geht in kurzem zurück.
94	27	P. U.	31	Eisenbahnbeamter	Linksseitige syphilitische Sarkocele. Hodenvolumen gänseeigroß, fibröse Härte; beim Antasten fast indolent, nur hin und wieder macht sich ein Gefühl von Reißen und Schwere bemerkbar.	60 Tg.	30 Tg.	Als Patient die Klinik wieder verließ, hatte der Hoden nach dem Gebrauch des Jodolpflasters seinen normalen Umfang, sowie auch nahezu seine normale Konsistenz wieder angenommen.
95	28	S. L.	18	Schuhmacher	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden- und Nebenhodengesamtvolumen hühnereigroß. Gleichzeitige schmerzhaftes Funikulitis.	3 Tg.	40 Tg.	Schmerzen lassen langsam nach; stufenweiser Rückgang der Geschwulst. Orcheoepididymitis geheilt; Induration des Samenstranges bleibt etwas bestehen.

Dermo-syphilopatische Klinik: Ambulatorium.

Serie B.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
96	1	E. P.	21	Student	Indurierte Epididymitis, sekundäre blennorrhoidische Urethritis.	?	15 Tg.	Patient hält die Kur nicht genau ein; rückfällig, wenig Erfolg.
97	2	S. E.	24	Arbeiter	Rechtsseitige blennorrhoidische Epididymitis.	?	15 Tg.	Nach wenigen Applikationen des Pflasters gebessert; Erfolg unbekannt, da Patient sich nicht weiter sehen liefs.
98	3	D. P.	25	Student	Beginnende rechtsseitige Epididymitis. Volumen taubeneigrofs.	3—4 Tg.	16 Tg.	Rascher Rückgang; auf besonderen Wunsch d. Patienten wurde die Kur noch weitere 14 Tage fortgesetzt.
99	4	B. G.	52	Packträger	Linksseitige Orcheoepididymitis. Hühnereigrofs.	4 Tg.	5 Tg.	Sprach nur zweimal vor. Ausgesprochene Besserung.
100	5	M. A.	21	Fruchthändler	Linksseitige blennorrhoidische Epididymitis.	?	?	Nur einmal behandelt, kam nicht wieder.
101	6	M. L.	25	Student	Alternierende subakute blennorrhoidische Epididymitis, beide Nebenhoden von gröfserem Volumen und Konsistenz.	5 Tg.	8 Tg.	Völliger Rückgang nach einigen Behandlungen mit Pflaster.
102	7	T. M.	25	Rentner	Rechtsseitige blennorrhoidische Epididymitis.	2 Tg.	15 Tg.	Nach kurzer Behandlung m. Jodolpflaster völliger Rückgang der Geschwulst.
103	8	L. D.	22	Beamter	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden stark geschwellt.	3 Tg.	25 Tg.	Stufenweiser, aber vollständiger Rückgang durch Behandlung mit Pflaster.
104	9	S. P.	32	Rentner	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Starke Schwellung des Hoden.	5 Tg.	20 Tg.	Rascher und vollständiger Rückgang.
105	10	B. C.	20	Koch	Beginnende linksseitige Epididymitis.	2 Tg.	?	Einmalige Behandlung. Rückgang.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankh. betr. vord. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
106	11	P. R.	24	Kellner	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden gänseeigroß. Linksseitige Adenitis infolge von Schanker. Volumen wallnufsgroß.	?	45 Tg.	Adenitis bedeutend gebessert, auf Haselnufsgroße zurückgegangen. Orcheoepididymitis völlig verschwunden. Patient war sehr nachlässig in der Kur.
107	12	P. G.	31	Packträger	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Volumen gänseeigroß.	?	17 Tg.	Völliger und regelrechter Rückgang.
108	13	M. A.	28	Arbeiter	Linksseitige Orcheoepididymitis. Volumen hühnereigroß.	?	7 Tg.	Geschwulst beträchtlich an Volumen abgenommen. Patient kam nicht wieder.
109	14	J. A.	26	Schneider	Linksseitige blennorrhoidische Orcheoepididymitis. Hoden hühnereigroß.	?	?	Nur einmal behandelt.
110	15	S. P.	18	Nudelmacher	Rechtsseitige blennorrhoidische Epididymitis. Nebenhoden beträchtlich vergrößert.	?	13 Tg.	Nach der zweiten Behandlung mit Jodolpflaster bemerkenswerter Rückgang. Patient kam nicht wieder.
111	16	F. F.	18	Student	Linksseitige blennorrhoidische Epididymitis. Nebenhoden hühnereigroß.	1 Tg.	15 Tg.	Vollständiger Rückgang nach einigen Behandlungen mit Pflaster.

Dermosyphilopathische Klinik: Männliche Abteilung.

Serie C.

Verschiedene Krankheiten.

112	1	S. L.	24	Nudelmacher	Diffuser indurierter Knoten auf der ganzen rechten Hinterbacke nach einer Injektion mit Quecksilbercyanid. Bedeutende Schwellung der Hinterbacke, hart, ziemlich schmerzhaft, an einigen Stellen warm und fluktuierend. Patient dankte die Erkrankung seinem Beruf, infolge dessen er durch An-	2 Tg.	16 Tg.	Patient ist mit sekundärer Syphilis behaftet, zuerst in der Klinik, dann im Ambulatorium behandelt. Beim Erscheinen des indurierten Knotens von neuem in die Klinik aufgenommen und verschiedenen resolvierenden Kuren resultatlos unter-
-----	---	-------	----	-------------	---	-------	--------	---

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vord. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
					drücken mit der Hinterbacke an einer Maschine arbeiten mußte.			worfen. Droht an einer Stelle zu abscedieren. Bei Anwendung des Jodolpflasters rascher Rückgang der Entzündungserscheinungen. Nach 16 Tagen völliger Rückgang der Geschwulst. Patient hielt sich in der Klinik noch einen Monat wegen antisiphilitischer Kur auf.
113	2	N. R.	33	Packträger	Syphilom des rechten Vorderarms, an der Ulnarseite, unteres Drittel. Knoten groß, hart, knorpelhart.	60 Tg.	20 Tg.	Der Schwund des Syphiloms wurde durch die Jodolpflasterkur sehr begünstigt und beschleunigt.
114	3	B. E.	39	Schmied	Syphilom an der Unterlippe. Großer, knorpelharter Knoten mit leichter zentraler Delle. Farbe hellrot.	?	23 Tg.	Syphilom sehr an Volumen abgenommen, als Patient die Klinik verließ. Vollständig verschwunden. nach 2wöchentlicher Behandlung im Ambulatorium.
115	4	L. A.	34	Sicherheitswachmann	Syphilitische Periostitis mit multiplen schmerzhaften Knoten am Schädeldach und den Tibien.	?	39 Tg.	Anfangs Merkurialpflaster ohne Resultat angewendet. Bei Anwendung des Jodolpflasters erfolgte in wenig Tagen Rückgang der schmerzhaften Knoten.
116	5	M. G.	45	Bäcker	Schmerzhafte, multiple, periostale Gummen am Schädeldach, Ellenbogen und an der oberen Tibiaepiphyse.	?	59 Tg.	Zuerst während 10 Tagen Merkurialpflaster resultatlos. Nach Anwendung des Jodolpflasters rasche Verminderung der Schmerzen und des Volumens der Knoten; nach 20 Tagen sind letztere völlig verschwunden.

Derma-syphilopatische Klinik: Ambulatorium.

Serie C.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
117	1	M. M. T.	27	Rentnerin	Mastitis chronica. Indurierter Knoten. Volumen taubeneigroß.	23 Tg.	27 Tg.	Vollständiger Rückgang.
118	2	B. B.	17	Schneiderin	Schmerzhafter indurierter Knoten infolge Injektion mit Quecksilbercyanid in der rechten Hinterbacke. Faustgroß.	1 Tg.	13 Tg.	Vollständiger Rückgang; kein Rückfall.
119	3	B. C.	30	Bauer	Ebenes, periostales, schmerzhaftes Gumma am oberen Ende des rechten Schulterblattes v. Durchmesser eines 5 Francs-Stückes.	?	21 Tg.	Allgemeinen Kuren hartnäckig widerstehend. Völliger Rückgang nach dem Gebrauch von Jodolphaster.
120	4	F. V.	21	Student	Tenosynovitis entspr. dem Metacarpo-Phalangalgelenk des Mittelfingers der linken Hand. 10 Cts.-Stück große Geschwulst, erhaben, Haut darüber normal.	?	4 Tg.	Beträchtlich gebessert, obwohl Patient die Kur nicht ernst nahm.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 38. Heft 3. 1897.

I. Zur Frage über die Permeabilität der normalen Haut, von M. MANASSEIN-St. Petersburg. Die Mehrzahl der bisherigen Autoren versuchte auf physikalisch-chemischem Wege die Frage zu lösen. Der Verfasser giebt einen Überblick über die einschlägige Litteratur und rekapituliert die Resultate seiner im Jahre 1894 veröffentlichten experimentell-mikroskopischen Untersuchungen über die Permeabilität der lebendigen Haut der Säugetiere in folgenden Sätzen: 1. Die unverletzte Haut der Säugetiere, trotz der dazu günstigsten Bedingungen, ist undurchlässig für wässrige wie auch alkoholische Lösungen bei unmittelbarem, mehr oder weniger, aber nicht übermäßig langdauerndem Kontakte. 2. Die unverletzte Haut der Säugetiere ist undurchlässig für Stoffe bei der gewöhnlichen Art der Einreibungen, wenn auch vorher die günstigsten Bedingungen dazu geschaffen worden sind. 3. Suspendierte Stoffe können in die Haarbälge verschieden tief eindringen.

Es bot sich später dem Verfasser Gelegenheit, an einem plötzlich verstorbenen Syphilitiker, der noch einen Tag vor seinem Tode bei Abwesenheit jeglicher Hauterscheinungen Einreibungen von Unguent. hydrargyr. cin. erhalten hatte, Untersuchungen über die Permeabilität der normalen menschlichen Haut anzustellen. Im folgenden wird das technische Verfahren bei der Anfertigung der Präparate und der Gang der mikroskopischen Untersuchung ausführlich mitgeteilt. Verfasser fand, daß das metallische Hg bei der gewöhnlichen Einreibung von grauer Salbe in die unverletzte menschliche Haut nur in die vorhandenen Vertiefungen und in die Haarbälge eindringen kann, mehr oder weniger reichlich und tief, je nach der Gründlichkeit beim Einreiben, ebenso wie beim Einreiben beliebiger Stoffe in die Haut, das unter denselben Bedingungen vorgenommen wird. Kontrollversuche am gesunden Menschen und an Kaninchen und Hunden führten zu denselben Resultaten, nur mit dem Unterschiede, daß in vielen Hautschnitten vom gesunden Menschen selbst in den Vertiefungen der Haut gar keine Hg-Kügelchen nachzuweisen waren. Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Verfasser zu zwei Schlüssen, die sich mit den früheren decken: 1. Die lebende unverletzte Haut der Säugetiere ist für Salben bei gewöhnlicher Einreibungsmethode undurchdringlich. 2. Bei der gewöhnlichen Einreibungsmethode kann die Salbe in die Haarbälge verschieden tief eindringen.

II. Syphilis maligna, von A. HASLUND-Kopenhagen. Nach der Ansicht des Verfassers versteht man unter Syphilis maligna nur eine rein sekundäre Form der Syphilis, welche kurz nach der Infektion mit ulcerativen Prozessen auf der ganzen Oberfläche der Haut oder einem großen Teil derselben auftritt, und wo die Ulcerationen keine Tendenz zur spontanen Heilung, sondern zu weiterer Ausbreitung, zuweilen von phagedänischem Charakter zeigen. Mit der tertiären Syphilis hat die Syphilis maligna nichts zu thun. Man sollte dieselbe, um Irrtümer zu vermeiden, Syphilis maligna praecox oder besser Syphilis ulcerativa praecox nennen. Erkennt man aber auch eine Syphilis maligna im tertiären Stadium an, so muß man unterscheiden eine Syphilis maligna secundaria und tertiaria. Der Verfasser beschreibt unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur sehr eingehend das klinische Bild der Syphilis ulcerativa praecox, bespricht den Verlauf, Prognose, Therapie und Ätiologie. In letzterer Beziehung möchte Verfasser viel weniger die Qualität oder die Quantität des syphilitischen Virus als die Beschaffenheit des Bodens, auf den es implantiert wird, für das Entstehen schwerer sekundärer Erscheinungen verantwortlich machen. Wir verweisen im übrigen auf die sehr instruktiven Ausführungen des Verfassers, denen am Schlusse eine tabellarische Zusammenstellung von 31 selbst beobachteten Fällen maligner Syphilis beigelegt ist.

III. Bemerkungen zu K. HERXHEIMERS Aufsatz: „Über multiple Gummen im Frühstadium der Syphilis“, von J. FABRY-Dortmund. Verfasser stimmt bezüglich der Verwertung des histologischen Befundes des Tuberkels und der Riesenzelle mit HERXHEIMER und JADASSOHN überein, glaubt aber, daß in seinem eigenen Falle, der vor der Veröffentlichung von JADASSOHNs Untersuchungen publiziert worden ist, wegen des ganzen klinischen Bildes die Diagnose denn doch nicht so einfach lag, als es HERXHEIMER anzunehmen scheine. Da er (FABRY) seinen Fall als Lues mit Tuberkulose kompliziert angesehen habe, so sei es natürlich, daß ihm die prompte Wirkung der Quecksilbereinreibungen nicht so sehr mit Rücksicht auf die tertiärenluetischen Erscheinungen als auf Tuberkulose aufgefallen sei.

IV. Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus, von H. HANSTEEN-Christiania. Verfasser beschreibt drei Fälle aus seiner Praxis, bei denen es im Verlaufe einer Blennorrhoe zur Entstehung von Bubonen und zur Vereiterung der

Leistendrüsen gekommen ist. In dem ersten dieser Fälle gelang es mit Sicherheit nachzuweisen, daß der vereiternde Bubo virulente Gonokokken und keine anderen pyogenen Bakterien enthielt. In dem zweiten Falle gelang es zwar nicht, die Gonokokken in Reinkultur zu erhalten und Überimpfungen zu machen, aber die Form und Anordnung und die Tinktionseigenschaften der Bakterien im Eiter und der makro- und mikroskopische Befund in der Plattenkultur genügten zum Beweise, daß die im Bubo gefundenen Diplokokken wirklich Gonokokken gewesen sind. In dem dritten Falle wurden in den Eiterzellen des Sekretes aus einem Fistelgange der Leistengegend sehr spärliche Diplokokken gefunden, die durch Form und GröÙe an typische Gonokokken erinnerten. Andere Bakterien waren nicht vorhanden. Da Patient jedoch aus Furcht vor chirurgischen Eingriffen sich der weiteren Beobachtung entzog, so hatte Verfasser keine Gelegenheit, durch Kontrollfärbung nach GRAM und durch Anlegung von Kulturen den sicheren Beweis zu führen, daß es sich auch hier um wirkliche Gonokokken handelte.

V. Beitrag zur Kenntnis der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zu den LymphgefäÙen der Haut, von C. BECK-Budapest. Verfasser teilt kurz eine Beobachtung mit, die er bei Gelegenheit einer ursprünglich aus anderem Grunde vorgenommenen Untersuchung eines pathologisch veränderten Präputiums über das Verhältnis der elastischen Fasern zu den LymphgefäÙen des Präputiums gemacht hat. Er fand an Präparaten, die nach der TAENZERSchen Orceinmethode gefärbt waren, schon bei schwacher Vergrößerung, daß das Lymphgefäß, der umgebende Zellhaufen und die darin befindlichen Blutkapillaren von einer gemeinsamen aus elastischen Fasern gebildeten Hülle umgeben sind. Verfasser hält es auf Grund seines Befundes für wahrscheinlich, „daß diese elastischen Fasern unter physiologischen Verhältnissen eine hervorragende Rolle in der Regelung der Lymphgefäßlumina spielen, und daß sie eine noch wichtigere Aufgabe bei pathologischen Prozessen zu erfüllen haben, namentlich bei solchen, bei welchen das pathogene Virus auf dem Wege der Lymphbahnen fortschreitet, wie z. B. bei Syphilis. Diese elastische Hülle verhindert, wie es scheint, nicht nur die Ausdehnung der LymphgefäÙe über einen gewissen Grad hinaus, sondern sie stellt auch der durch das syphilitische Gift angeregten Zellauswanderung, resp. Bindegewebsneubildung, ein Hindernis entgegen.“

VI. Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis, von M. KUZNITZKY-Köln. Die Ergebnisse seiner sehr eingehenden, das Thema völlig erschöpfenden, die einschlägige Litteratur überall berücksichtigenden, außerordentlich lesenswerten Betrachtungen stellt Verfasser in folgenden Thesen zusammen: 1. Es ist unrichtig, daß Psoriasis ausschließlich oder hauptsächlich bei sonst gesunden Menschen auftritt. 2. Psoriasis kommt auf echten Schleimhäuten vor; ebenfalls auf Narben. 3. Die parasitäre Psoriasis-theorie ist unhaltbar. 4. Nicht Psoriasis selbst wird vererbt, sondern die „Disposition zu Psoriasis“. 5. Das „disponierende Moment“ ist ein abnorm reizbares Centralnervensystem. 6. Die Arthropathien bei schwerer Psoriasis sind allem Anschein nach weder mit Rheumatismus, noch mit Gicht zu identifizieren. 7. Diese verschiedentlich bei schwerer Psoriasis beobachteten eigentümlichen Arthropathien sind mit großer Wahrscheinlichkeit der Psoriasis koordiniert und auf dieselbe Ursache zurückzuführen, wie die Psoriasis selbst, nämlich auf chronische, spinale Reizzustände. 8. Es ist verbürgt, daß Psoriasis in unmittelbarem Anschluß an psychische Affekte entstehen kann. 9. Es ist ebenso sicher, daß selbst ausgedehnte Psoriasis in kürzester Frist spontan abheilen kann. 10. Psoriasis kann streng halbseitig auftreten. 11. Die Hyperämie ist weder entzündlicher, noch paretischer Natur, noch ist sie das Resultat passiver Stauung, sondern sie ist 12. als angioerethischer Vorgang aufzufassen.

13. Es ist erstmaliger Psoriasisausbruch in vollständigem, sowohl zeitlichem als örtlichem Anschluß an mechanischen Reiz beobachtet worden. 14. Man kann mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß das Zusammentreffen zweier Faktoren für das Zustandekommen von Psoriasiseruptionen erforderlich ist: Einwirken irgendwie gearteter, wenn auch eventuell geringfügiger Traumen auf Gefäßgebiete, deren zugehörige spinale Centren sich in chronischem Reizzustand befinden. 15. Dieser Reizzustand der spinalen vasomotorischen Ganglien kann vererbt oder erworben sein. 16. Es ist wahrscheinlich, daß er nur funktionell ist, doch bleibt die Möglichkeit, daß in manchen Fällen materielle Läsionen der Rückenmarkssubstanz bestehen, was durch systematische, anatomische Rückenmarksuntersuchungen zu entscheiden ist.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 4. Heft 1. 1897.

I. Die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris, von C. POPPER-Wien. Auf Prof. LANGS dermatologischer Abteilung wird die Excision des Lupus vulgaris mit nachfolgender, durch Hautlappen bewirkter Plastik bereits seit dem Jahre 1892 ausgeführt und hat sich sowohl hinsichtlich des Heilresultates wie des kosmetischen Effektes allen anderen Behandlungsmethoden überlegen gezeigt. Vom Jahre 1892 bis 1896 wurden im ganzen 34 Fälle operiert. Das Verfahren, das hierbei in Anwendung kam, wird folgendermaßen beschrieben. Nach sorgfältiger Reinigung der erkrankten Partie wird dieselbe in toto umschnitten und zwar im Gesunden, etwa $\frac{1}{2}$ bis 1 cm vom Krankheitsherde entfernt. Der Schnitt wird zunächst nur oberflächlich geführt, um die Grenze des Erkrankten genau zu fixieren. Erlauben es die lokalen Verhältnisse, so wird die ganze erkrankte Partie in einer Sitzung entfernt; nur bei allzugroßer Ausdehnung und besonderer Lokalisation erfolgt die Ablösung in zwei oder mehreren, event. einige Wochen auseinander liegenden Sitzungen; in letzterem Falle wird zur Abtrennung des excidierten Hautanteils stets das Messer und nicht der Paquelin gebraucht. Bei der später vorgenommenen Exstirpation des noch restierenden Anteiles wird stets auch noch ein Teil des in der früheren Sitzung transplantierten Hautlappens in einer Breite von $1\frac{1}{2}$ bis 2 cm mitexstirpiert. Eine besondere Sorgfalt wird darauf verwendet, daß die durch Exstirpation gewonnene Wundfläche rein erhalten wird und in keine Berührung mit lupösen Gewebspartikelchen gerät. Das Messer des Operateurs muß sich stets im gesunden Gewebe bewegen und auch das Wegwischen des Blutes muß in der Weise erfolgen, daß von den lupösen Teilen keine Partikelchen auf die Operationswunde verschleppt werden können. Auch jede sonstige Infektion ist strengstens zu vermeiden.

Die Blutstillung muß zum sicheren Anheilen der überpflanzten Hautlamellen eine möglichst exakte sein. In den meisten Fällen genügt die Torsion oder die Kompression der Gefäße. Zuweilen mußte eine spritzende Arterie unterbunden oder eine parenchymatöse Blutung mit dem Paquelin gestillt werden, ohne daß der Anheilungsprozeß dadurch beeinflusst wurde. In Fällen von Lupus der Extremitäten wurde unter Blutleere mit v. MOSETIGS elastischer Binde operiert.

Zur Deckung des durch die Exstirpation gesetzten Defektes werden nach THIERSCH entweder Epidermishänder oder Hautlappen zumeist von der gesunden Außen- oder Streckseite des Oberschenkels, gewöhnlich in einer der Größe der Wunde entsprechenden Ausdehnung entnommen. Bei umfangreichen Defekten wird die Haut in 40—50 cm langen, möglichst dünnen Epidermishändern unter permanenter Berieselung des Messers und der Haut mit steriler physiologischer Kochsalzlösung entnommen. Die Hautbänder werden von ihrer Entnahmsstelle auf ein Metallspatel übertragen und

von da in entsprechend langen Stücken auf die Wunde gestreift, so daß die Ränder der einzelnen Hautlappchen entweder bis zur Berührung aneinander liegen oder sich dachziegelförmig decken. Stets muß die gesamte Wundfläche mit Epidermislamellen bedeckt sein. Es muß darauf geachtet werden, daß die Lappen sich allenthalben der Unterlage glatt anlegen. Die Transplantation kann entweder sofort an die Exstirpation der erkrankten Partie angeschlossen oder, wenn die Narkose zu lange dauern würde, in einer zweiten Sitzung innerhalb der nächsten 2—4 Tage, bevor die Wunde zu granulieren beginnt, vorgenommen werden. Bei kleinen Herden genügt Lokalanästhesie, wobei sich die SCHLEICHsche Infiltrationsmethode sehr gut bewährt. Als erster Verband werden einfache Lagen von trockener, steriler Gaze benutzt, die mittelst Kollodium an der Haut der gesunden Umgebung fixiert und nach 4—5 Tagen zum ersten Male gewechselt wird. Vom achten bis zehnten Tage an, wo die Hautlappen zumeist solid angeheilt sind, wird ein jeden zweiten oder dritten Tag zu wechselnder, aus 10%iger Dermatol- oder Jodoform-Vaselinsalbe bestehender Verband gebraucht.

Bei Sitz des Lupus im Gesicht werden zur Vermeidung von Narbenschwundungen und Gesichtsverzerrungen zur Plastik gestielte Hautlappen verwendet.

Verfasser beschreibt im folgenden die Krankengeschichte der 34 in dieser Weise behandelten Lupusfälle.

II. Über Haarfarbe und Haarfärbung, von PAUL RICHTER-Berlin. (Vergl. Referat in *dieser Zeitschrift*. Bd. XXIV, S. 25.)

III. Zur Kasuistik der Lepra, von ALFRED ARNHEIM-Berlin. Der Verfasser beschreibt einen Fall aus Dr. SAALFELDS Poliklinik. Der Patient ist 39 Jahre alt, stammt aus Schlesien, lebt seit 15 Jahren in Piracicaba in Brasilien, ca. 6 Stunden von St. Paolo entfernt. Seine Krankheit begann im März 1895. Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um Überreste einer früher bestandenen tuberösen Form und um ausgesprochene makulo-anästhetische Lepra.

IV. Zur Kasuistik der Mykosis fungoides, von M. JACOBI-Berlin. Die Nachprüfung der histologischen Befunde der Mykosis fungoides gelegentlich eines in Prof. LASSARS Klinik beobachteten Falles bei einer mit auf der Kopfhaut gewaltig wuchernden und teilweise zerfallenden Tumoren behafteten Patientin ergab im wesentlichen Übereinstimmung mit den von anderen Autoren beschriebenen Befunden.

V. Über seltene Formen der Quecksilber-Vergiftung, von AUGUST BOSSARD-Zug. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur bespricht der Verfasser die Wege, auf denen das Quecksilber je nach der Form der Applikation in den menschlichen Organismus gelangen kann. So mannigfaltig diese Wege sind, so kann dennoch auch bei den verschiedensten Quecksilberpräparaten sich das gleiche Krankheitsbild darbieten. Nur bezüglich der Intensität und Raschheit der Wirkung differieren die einzelnen Präparate. Was speziell die Quecksilberexantheme betrifft, so haben dieselben an sich nichts Charakteristisches, das sie von anderen Arzneiexanthemen unterscheidet. Der Verfasser teilt sie in Anlehnung an ROSENTHAL ein in:

A. Exantheme. B. Enantheme.

Bei der ersteren Klasse unterscheidet er:

1. Die Folliculitis in usu Mercurii.

2. Die erythematösen Formen.

a) Das skarlatinöse Erythem.

b) Die Urticaria-Form.

c) Formen mit erysipelatösem Charakter.

d) Die seltenen Exanthemformen:

α. Roseola.

β. Rubeola.

γ. Erythema gyratum.

3. Das Quecksilbereczem (papulöse, vesikulöse, bullöse und pustulöse Form).

4. Die merkurielle Purpura.

5. Die Form Pemphigus.

Der Verfasser erörtert sehr eingehend die verschiedenen Formen und illustriert das Gesagte durch entsprechende Krankengeschichten sowohl aus der Litteratur wie aus Prof. EICHHORSTS medizinischer Klinik. Im übrigen verweisen wir auf diese vorzügliche, das Thema nach allen Richtungen hin erschöpfende Arbeit des fleißigen Verfassers.

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organen.

Band VIII, Heft 2 u. 3.

Die Grenzen der Nierenexstirpation, von PAUL WAGNER.

Über elastische Katheter, von POSNER und FRANK. Der Schluß der Arbeit befaßt sich mit der Struktur der Katheter; in diesem Punkte halten die deutschen Fabrikate der Firma Rusch in Cannstatt den Vergleich mit den besten englischen und französischen Fabrikaten aus: sie sind aus reiner Seide und mit einer guten Lackschicht versehen; ferner halten sie die bisherige Desinfektion mit Siedehitze und den gebräuchlichen Desinfektionsmitteln ebensogut aus wie die fremdländischen Fabrikate; tadellos vertragen sie die von FRANK eingeführte Desinfektion mit Formalin und Trioxymethylen. Verfasser plaidieren am Schlusse dafür, daß nur Instrumente von zweifelloser Provenienz, von nicht zu hohem Alter, event. nur Instrumente mit Ursprungs- und Prüfungsattest in Gebrauch genommen werden, um so die minderwertige, zerbrechliche Ware vom Markt verschwinden zu lassen.

Das Eucain als lokales Anästhetikum für Harnröhre und Blase, von WOSSIDLO. Verfasser empfiehlt das Eucain; die 2%ige Lösung wird von der Harnröhre und Blase gut vertragen, in der Blase wurde kein besonderer Reizzustand bemerkt; in der Harnröhre rief das jetzt verwendete reine Präparat ebenfalls kein Brennen hervor, doch wurde durch dasselbe eine leichte Hyperämie der Schleimhaut erzielt.

Über Fremdkörper der Harnröhre, von GOLDBERG. Verfasser berichtet über einen Patienten, der sich zwecks Masturbation eine kleine Haarnadel in die Harnröhre einführte. Verfasser fühlte sie mit einer Bougie à boule Ch. 12 in der pars bulbosa, mit einer Bougie Ch. 19 konnte er dagegen in die Blase gelangen, ohne metallischen Kontakt zu fühlen. Die Extraktion gelang mit einer gewöhnlichen geraden Harnröhrenzange ohne nennenswerte Verletzungen; diese heilten rasch und leicht. Im zweiten Fall, den Verfasser nicht weiter beobachten konnte, handelte es sich wahrscheinlich um eine Urogenitaltuberkulose, vielleicht kompliziert durch ein in die Blase gerutsches Katheterstückchen.

Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostata-Hypertrophie, von NITZE. Die vorläufige Mitteilung bezweckt, darauf hinzuweisen, daß Verfasser mit seinem Operationscystoskop mit leichter Mühe unter Leitung des Auges die die Urinentleerung hindernden wulstigen Gebilde in beliebiger Breite und Tiefe vernichten kann.

F. Hahn-Bremen.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

Band 57, Heft 3 u. 4.

Zur Pathologie der Ichthyosis congenita, von GERSTENBERG. Verfasser hatte Gelegenheit, die mit Ichthyosis congenita behaftete Leiche einer 40 cm langen Mißgeburt (der Frucht eines 14jährigen Schulmädchens) zu untersuchen. Es fand sich keine frische Entzündung in der Haut, dagegen starke Verhornung, Hypertrophie des Rete, Atrophie der Talgdrüsen. Im Plexus brachialis fand sich eine Vermehrung des Bindegewebes. Verfasser faßt die Ichthyosis congenita als auf tropho-neurotischer Basis beruhend auf und wünscht weitere Untersuchung des Nervensystems.

Lävulosurie, von MAY. Verfasser beobachtete bei einem an Myelitis transversa leidenden Kranken eine Zuckerausscheidung, die er als Lävulose anspricht. Zur Identifizierung der Lävulose verlangt er 1. Linksdrehung, 2. Reduktion von Metall-oxyden, 3. Vergärbbarkeit mit Hefereinkulturen zu Alkohol und Kohlensäure, 4. Bildung von Phenyl-dextrosazon.

Über einen Fall von maligner Endokarditis an den Klappen der Arteria pulmonalis nach Blennorrhoe, von KELLER. Der Patient erkrankte an Blennorrhoe, vier Wochen später rheumatoide Gelenkerkrankungen an den unteren Extremitäten, zwei Monate später Endokarditis am Ostium der Art. pulm., dann Nephritis haemorrhagica, Perikarditis; Tod nach sechs Monaten. Ätiologisch ist zu erwähnen, daß Streptokokken im Herzen gefunden wurden, dagegen keine Gonokokken.

Die Recurrensepidemie zu Moskau im Jahre 1894, von LOEVENTHAL. Nach einer eingehenden Schilderung des klinischen Verlaufs der Febris recurrens teilt Verfasser mit, daß an Hautkomplikationen beobachtet wurden: Roseola, Purpura, Herpes labialis, Urticaria, masern- und scharlachähnliche Exantheme, Ödeme, Drüsen-schwellungen.

Einfache Wassersucht nach Varicellen, von v. STARCK. Verfasser beobachtete ein 2jähriges Kind, das einfache, leichte Varicellen durchmachte. Nach acht Tagen entwickelte sich ein starkes, allgemeines Ödem der Haut. Im Urin kein Eiweiß. Nach zehn Tagen schwand das Ödem. Verfasser hält obigen Fall, wie ähnliche bei Scharlach, für bedingt durch eine Affektion der Hautgefäße, ohne gleichzeitige Nieren-erkrankung, obgleich diese bei kleinen Kindern nicht immer mit Sicherheit aus-zuschließen ist.

F. Hahn-Bremen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1896. Heft 12.

Über die Bedeutung der „ekzematösen“ Veränderungen und über die Reaktion der Haut im allgemeinen, von LOUIS TÖRÖK. Mit dem Ekzem ergeht es wie mit so manchem anderen Krankheitsbegriff. Was Jahrhundertlang als unan-tastbares, selbstverständliches Ganzes galt, das schmilzt vor der fortschreitenden Kritik dahin, wie Schnee vor der Frühlingssonne. Noch gilt dem praktischen Arzt das Ekzem als eine bestimmt umschriebene Hautkrankheit, ja vielleicht als die best-gekannte Dermatoze; aber schon sind namhafte französische Forscher, BESNIER und Brocq vor allem, mit der Ansicht hervorgetreten, daß die Ekzem- und Lichenbildung, das was sie Ekzematisation und Lichenifikation nennen, überhaupt keine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom, höchstens einen Symptomenkomplex, ein Syndrom, darstelle. TÖRÖK baut diese Lehre in der vorliegenden Abhandlung noch weiter aus. Nach HEBRA entsteht das Ekzem unter dem Einfluß mechanischer und chemischer Hautreize und der Hautausschlag, der z. B. nach Kratzen entsteht, bedeutet

ihm die Krankheit „Eccema“. Nach Ansicht der französischen Forscher dagegen steht hinter dem Ekzem, welches eine Wirkung des Kratzens ist, und hinter dem Pruritus, der das Kratzen veranlaßt, immer noch eine Grundkrankheit; diese ist ausfindig zu machen und es gilt zu untersuchen, warum nach dem Kratzen das eine Mal gar keine Hautveränderung erfolgt, das andere Mal diese, ein drittes Mal jene Form von Ekzem auftritt.

Indem T. diesen Weg nun weiter verfolgt, macht er uns mit dem Wesen der Entzündung und mit der pathologischen Anatomie der entzündeten Haut bekannt. Bei der Entzündung muß man zwei Formen unterscheiden; diejenigen Gewebe, die unmittelbar von dem pathologischen Reiz betroffen sind, unterliegen einer Nekrose, einer Hypertrophie oder Atrophie; die Umgebung aber, wohin der Reiz nur in abgeschwächter Form gelangt, wird der Schauplatz einer Hyperämie, eines Ödems, einer Zellinfiltration, verbunden mit subjektiven Beschwerden, wie Brennen, Jucken, Stechen u. s. w. Diese zweite Form von Gewebsveränderungen bedeutet die Reaktion des lebenden Gewebes auf physiologische und pathologische Reize und fällt verschieden aus je nach Individuum, je nach erkranktem Gewebe und je nach Form des Reizes, so daß bald nur kongestive Hyperämie bald auch Ödem und Zellinfiltration zu stande kommen, die subjektiven Symptome bald fehlen, bald allein vorhanden sind. Indem TÖRÖK nun diese Anschauungen, die er durch vielfache klinische Hinweise stützt und in geschickter Weise ausführt, auf die Haut exemplifiziert, sucht er uns dem Verständnis der verschiedenen Ekzemformen näher zu bringen. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1896. Heft 12.

Beitrag zum Studium der Knochenfrakturen bei Syphilitikern, von A. TAVERNIER-Lille. Der hier mitgeteilte Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Der 46jährige Patient hat vor 23 Jahren einen Schanker gehabt, der nach seiner Angabe ohne Nachkrankheiten heilte. Sein jetziges Leiden besteht erst seit einigen Monaten. Er klagt über heftige Atembeschwerden, die sich trotz der Behandlung immer noch steigern, so daß er nach einigen Tagen asphyktisch zu Grunde geht. Der Kehlkopf scheint vergrößert und fühlt sich bretthart an. Auf der Stirn und über dem rechten Schlüsselbein umfangreiche Gummata, die zum Teil vernarbt, zum Teil mit Krusten bedeckt sind. Außerdem fällt eine eigentümliche Mißbildung des Unterkiefers auf, die am Lebenden als Hyperostose erscheint, die sich bei der Sektion aber als rarefizierende Ostitis erweist; diese hatte eine Fraktur herbeigeführt und die Bruchenden hatten sich durch einen fibrösen Callus wieder vereinigt. Der ganze Vorgang hatte im Leben wenig Erscheinungen gemacht. Auch der Kehlkopf wies schwere Veränderungen — Ödem, Verdickung, Schwund der Gießbeckenknorpel, Gummata — auf. Im Anschluß hieran wird noch ein zweiter Fall von Kehlkopfsyphilis — Gumma des linken Stimmbandes —, der aber in Heilung überging, mitgeteilt.

Die Behandlung der Syphilis mit Kalomeleinspritzungen, von SOFFIANTINI. Dieser auf dem dermatologischen Kongress zu London gehaltene Vortrag singt ein begeistertes Loblied auf die Kalomelbehandlung der Syphilis und preist den Begründer derselben, SCARENZIO, in überschwenglicher Weise. Die guten Erfolge der Methode und ihre Verwendbarkeit zu differentiell-diagnostischen Zwecken werden gebührend hervorgehoben und an Beispielen belegt.

Über die Bedeutung des Schleimhautlupus, von CH. AUDRY. A. weist auf die wichtige Rolle hin, die die Nasenschleimhaut in der Pathogenese des Lupus

vulgaris spielt. Der primäre Gesichtslupus, der primäre Hautlupus überhaupt ist nach ihm ein seltenes Vorkommen; fast immer geht ihm eine lupöse Erkrankung der Schleimhäute oder der tieferen Gewebe, der Sehnenscheiden oder Knochen, vorher. Damit stimme auch überein, daß STRAUSS so häufig den KOCHSchen Bacillus auf der Nasenschleimhaut anscheinend gesunder Menschen gefunden habe. Man solle daher, wie er das schon seit langem übe, in jedem Fall von Lupus die Nasenhöhlen gründlich untersuchen und etwaige Erosionen behandeln.

Drei Fälle von Verhärtung der Corpora cavernosa, von V. DURAND-Toulouse. Für die Entstehung von Knoten und Verhärtungen in den Schwellkörpern sind die verschiedensten Krankheiten verantwortlich gemacht worden. In den von D. berichteten Fällen ging zweimal ein Trauma voraus; der dritte Fall betraf einen Syphilitiker. Es ist aber nicht recht ersichtlich, warum D. hier die Syphilis beschuldigt, da die Verhärtung in dem rechten Schwellkörper schon sehr bald nach der syphilitischen Erkrankung sich einstellte und unter spezifischer Behandlung sich nicht veränderte.

Eine seltene Übertragungsart der Syphilis, von COFFIN. Gelegentlich einer Reise in Nordfrankreich hat C. erfahren, daß dort Männer den frisch entbundenen Frauen die Brüste ansaugen. Mit Recht erblickt er hierin eine große Gefahr. Ist schon durch alte zahnlose Weiber auf diese Weise eine umfangreiche Syphilis-Epidemie zu stande gekommen (1825 Condé), so liegt die Besorgnis bei Männern noch viel näher, da diese durch Alkohol- und Tabakgenuss viel leichter und viel hartnäckiger an Mundsyphilis erkranken. Ob auf diese Weise tatsächlich schon eine Syphilisübertragung stattgefunden hat, ist aus den kurzen Mitteilungen von C. nicht ersichtlich.

Tachykardie bei einem mit Syphilis und Intermittens behafteten Menschen, von SORO. Der Patient hatte sich zuerst das Sumpffieber, später die Syphilis geholt. Ersteres heilte unter Chinin und Klimawechsel, letztere war nie behandelt worden. Nach einer Überanstrengung setzte nun ein fieberhafter Zustand mit starker Angst und Pulsbeschleunigung ein. Solche Anfälle, bei denen der Puls bis zu 190 in der Minute stieg, wiederholten sich und blieben von Chinin, Digitalis, Coffein u. s. w. unbeeinflusst. In den anfallsfreien Zeiten ist der Puls sehr schwach und schwankt zwischen 97—120. Am Herzen nichts Abnormes. Soro leitete darauf eine anti-syphilitische Behandlung ein und brachte die Anfälle damit bald zum Schwinden.

Syphilis pustulosa bei einem hereditär-syphilitischen Kinde, von BARBE. Die Pusteln saßen bei dem 17 Monate alten Kinde auf dem Gesäfs. Ihre syphilitische Natur ist aber nicht durch Nachweis der Krankheit bei den Erzeugern sichergestellt. B. erschließt sie vielmehr aus dem sonstigen Verhalten des Kindes, daß an chronischer Coryza mit der klassischen Abplattung der Nase litt und dessen oberer rechter Schneidezahn das HUTCHINSONSche Gepräge aufwies. Über die Behandlung des Kindes erfahren wir leider nichts.

Ekthyma syphiliticum. Syphilis maligna praecox, von DIETZ-Antwerpen. Bei dem sehr schlecht ernährten Patienten finden sich auf der unteren Hälfte des Rumpfes und an den unteren Extremitäten zahlreiche große, dunkelrote, zum Teil schon zerfallene Knoten, die man für Gummata halten könnte, wenn sie weniger zahlreich vorhanden wären. Da es sich um ein sehr geschwächtes Individuum handelt, dessen Syphilis erst 6 Monate alt ist, glaubt Verfasser von einer Syphilis praecox und einer galoppierenden Syphilis sprechen zu dürfen.

Ein Fall von Lichen ruber planus, von DIETZ-Antwerpen. Dieser Lichen entwickelte sich bei einem sehr nervösen Menschen nach einem heftigen Ärger. Das

Jucken war so stark, daß Patient die Nächte nicht schlafen konnte. Der Ausschlag saß namentlich an der unteren Hälfte des Stammes, an den Beugeseiten der Glieder, den Handflächen und Fußsohlen, sowie auf Mund- und Zungenschleimhaut.

1897. Heft 1.

Harter Schanker der Konjunktiva, von C. MAZET-Marseille.

Harter Schanker der Wange, von MARMONIER-Marseille. Die Fälle von extragenital erworbenem Schanker haben sich in den letzten Jahren auffallend gehäuft. Vermutlich ist diese Vermehrung aber nur eine scheinbare, indem man es jetzt besser versteht, einen Schanker, auch wenn er an aussergewöhnlicher Stelle sitzt, frühzeitig zu diagnostizieren. Das ist selbst für den geübten Arzt nicht immer ganz leicht, zumal dann nicht, wenn das Geschwür auf der Konjunktiva sitzt, woselbst es, wie MAZET betont, mit andern dort vorkommenden Entzündungen große Ähnlichkeit besitzt. In dem von ihm mitgeteilten Fall täuschte sich dieser Autor acht Tage lang über die wahre Natur des Leidens, bis die beginnende Drüsenschwellung ihn auf die richtige Diagnose hinwies. Der Fall betraf eine 50jährige Dame, die von ihrem Enkelkind angesteckt war. Die Beobachtung giebt dem Verfasser Gelegenheit zu einer dankenswerten klinischen Abhandlung über das *Ulcus conjunctivae*.

Ebenso lehrreich sind die beiden von MARMONIER mitgeteilten Fälle von Wangenschanker. Die Übertragung erfolgte beidemale durch erlaubte Küsse. Bei der 24jährigen Frau (Beobachtung I) durch ihren Ehemann, bei dem 16jährigen Mädchen (Beobachtung II) durch den väterlichen Kufs eines älteren Nachbarn. Da nach FOURNIER das Syphilisgift auch auf unverletzter Epidermis gedeiht, so sollte man mit dem Annehmen von Liebkosungen sehr vorsichtig sein. In allen drei Fällen wurde die Diagnose durch den weiteren Verlauf — Roseola u. s. w. — bestätigt.

Ein Fall von Neurasthenia syphilitica, von GEORGES BOGDAN-Jassy. Die 20jährige Patientin, die schon zweimal im Hospital wegen Syphilis behandelt worden war, kommt zum dritten Mal mit einem ausgesprochenen Status nervosus zur Aufnahme. Sie ist gegen früher beträchtlich abgemagert, leidet wiederum, wie die ersten Male, an heftigsten Kopfschmerzen, an Ohrensausen, Schlaflosigkeit, an Hitze- und Kältegefühlen; sie ist sehr niedergeschlagen, matt, schwindelig, mutlos. Die unerträglichen Kopfschmerzen werden nur durch Morphinum, und auch durch dieses nur vorübergehend, gemildert. Quecksilberbehandlung bleibt ohne Erfolg, ebenso Coffein- und Serumeinspritzungen. Erst nach Anwendung der MATHIEUSchen Formel: Natriumphosphat mit Kochsalz, Glycerin und Aq. dest., tritt Heilung ein.

Über die klinische Wichtigkeit des „*Chancre mixte*“ bringt AUDRY eine kurze Mitteilung. Er selbst hat in seiner Poliklinik zu Toulouse im Jahre 1895 unter 90 Fällen von weichem Schanker drei Patienten beobachtet, die später — selbstverständlich ohne neue Infektion, mit Roseola u. s. w. wiederkamen, deren anscheinend weicher Schanker demnach die Mischform darbot. Nach einer mündlichen Mitteilung von BESNIER handle es sich in Zeiten von Schanker-Epidemien in ungefähr 5% der Fälle um die Mischform.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 1.

I. Die Sekundärinfektionen bei der Tuberkulose der Harnorgane, von ALBARRAN. Als Anknüpfungspunkt dient dem Verfasser ein Fall von beiderseitiger Nierentuberkulose bei einem 17jährigen Mädchen. Die verschiedenartigen Beschwerden der Kranken verlangten gebieterisch einen Eingriff. Bei dem Bestehen von Tuber-

kulose in beiden Nieren, in der Blase und einer Lungenspitze konnte ein solcher nur ein palliativer sein. Da nun die Schmerzen besonders von der linken Niere ausgingen und deren Umfang bedeutend vergrößert erschien, so vollführte ALBARRAN die Nephrotomie dieser Niere. Bei der Operation erwies sich dieselbe doppelt so groß als eine normale, ferner stark kongestioniert. Das Nierenbecken war kaum dilatiert, enthielt nur etliche Gramm eiterigen Urins.

Es bestand keine wahre Pyonephrose. Auf dem Durchschnitt fand man im mittleren Drittel der Niere eine kleine tuberkulöse Kaverne, so groß wie eine Kichererbse. Diese wurde ausgekratzt. Zunächst wurde durch die Nephrotomie der Zustand der Patientin gebessert, aber nach etlichen Monaten trat wieder Verschlimmerung ein und $4\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation ging die Kranke zu Grunde.

Die Sektion ergab nun, abgesehen von den Kavernen in den Lungen und der vorgeschrittenen Blasantuberkulose, in den Nieren folgendes: Die rechte, nicht operierte und nach den klinischen Zeichen früher ergriffene Niere zeigte zwei Reihen von Veränderungen: sie war einerseits von einfacher Pyelonephritis ergriffen bei mäßig ausgedehntem Becken, andererseits wies sie mehrere typische, tuberkulöse Kavernen auf. Die linke, die operierte Niere war interessant zu studieren. Die noch offene Operationsfistel stand direkt in Verbindung mit dem fast normal großen Becken. Die ganze Niere war eigentlich wenig verändert, es fanden sich deutliche tuberkulöse Veränderungen nirgends vor, ebensowenig mehr eine Spur der kleinen ausgekratzten Kaverne.

In vorliegendem Falle wird ersichtlich, welche Schwierigkeiten sich manchmal bezüglich der Erkennung der Pyonephrose ergeben. Denn während bei Lebzeiten der Kranken die drei Hauptsymptome: Fieber mit großen Schwankungen, Nierenschmerzen und Vergrößerung der Niere auf echte Pyonephrose hindeuten, ergab sich später bei der Operation, daß Vergrößerung und Schmerzen von der Nierenkongestion abhängen, während das Fieber von einer kleinen renalen Zurückhaltung eines Harns ausging, welcher den *Bacillus coli* enthielt; Eiteransammlung in einer Nierentasche bestand jedoch nicht. ALBARRAN gelangt nun zum eigentlichen Thema, darzulegen, daß neben den krankhaften Veränderungen, welche der Tuberkelbacillus erzeugt, bald auch noch weitere durch andere Mikroorganismen hervorgerufen werden — sekundäre Infektion. Beide Infektionen gehen dann nebeneinander her. Begreiflich wird diese Tatsache dadurch, daß eben die Tuberkulose ein Terrain schafft, welches auch der Entwicklung anderer Mikroorganismen äußerst günstig ist. Durch die Gewebszerstörungen bei der Tuberkulose und die sie begleitende Kongestion wird für die sekundären Infektionen von der Harnröhre bis zur Niere der Weg geschaffen, namentlich für das Eindringen von unten nach oben. Verschiedenartige Mikroben können zu dieser Infektion beitragen, am häufigsten der *Bacillus coli*. ALBARRAN und HALLÉ haben ja schon früher gezeigt, daß derselbe als das gewöhnliche Agens der Harninfektion vorkommt. Außerdem rufen auch, nach ALBARRAN, *Staphylococcus*, *Streptococcus* und der *Bacillus septicus liquefaciens* sekundäre Infektionen hervor. Die Hauptrolle spielt der *Bacillus coli*, allein oder mit Staphylokokken vergesellschaftet. Es scheint, daß diese Bakterien neben der tuberkulösen Infektion häufiger vorkommen als bei der gewöhnlichen Infektion. Bei der oben erwähnten Patientin fand sich im Harn der Blase nur der *Bacillus coli* und eben dieser allein im Becken der operierten Niere.

Der Einfluss, den diese sekundäre Infektion besitzt, ist ein großer. Man kann behaupten, daß durch dieselbe die vorausgegangene tuberkulöse Infektion in ihrem Verlaufe verändert wird und zwar in schwerer und hartnäckiger Art.

Während der Tuberkel allein langsam zur nekrotisierenden Zerstörung der Gewebe führt, beschleunigt die sekundäre Infektion den Gang dieser Störungen und ihre vernichtende Tendenz. Die Tiefe der krankhaften Veränderungen, die schnelle Vernichtung des schützenden Epithels erlauben den Mikroorganismen, schon bald auch jene krankhaften Veränderungen in der Umgebung des Harnapparates hervorzurufen, welche sonst nur nach langem und schwerem Harnleiden einzutreten pflegen. So sieht man oft im Gefolge der Tuberkulose Pericystitiden, Periureteritiden und Perinephritiden.

Diese sekundären Infektionen verändern also den sonst langsamen Gang der Tuberkulose, ferner befallen sie oft Teile des Harnapparates, welche die Tuberkulose verschont hatte und schaffen eine Quelle für Komplikationen. Für die Praxis sind diese Erfahrungen sehr wichtig. Zum Belege führt ALBARRAN einen Fall an, in welchem neben unzweifelhafter einseitiger Nierentuberkulose und wahrscheinlicher Pyonephrose noch Cystitis zweifelhaften Charakters bestand. Da diese Cystitis möglicherweise nur die Folge der sekundären Infektion war, wurde durch Nephrektomie der Herd der Infektion entfernt, es trat völlige Heilung ein. Wäre aber die Blase bereits tuberkulös infiziert gewesen, würde die Nephrektomie nutzlos gewesen sein.

Die sekundären Infektionen der Nieren sind bei der Tuberkulose der Harnorgane sehr häufig, nicht bloß sitzt die Sekundärinfektion oft in der tuberkulösen Niere, sondern man findet oft genug die andere nicht tuberkulöse Niere von Pyelonephritis oder Pyonephrose befallen.

Gehen Tuberkulose und Sekundärinfektion nebeneinander her, so gewinnen bald die Symptome der letzteren den überwiegenden Einfluss.

Für die Diagnose ist das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Urin bei bestehender oder fehlender Cystitis noch nicht direkt ausschlaggebend, es kann eine tuberkulöse Pyonephrose bestehen, aber auch eine gewöhnliche Pyonephrose bei einem Tuberkulösen, die Bacillen können von jeder der beiden Nieren oder auch von der Blase herkommen. Dann werden die Cystoskopie und der Harnleiterkatheterismus uns weitere Aufschlüsse erteilen.

Bei der Nierentuberkulose kann man sich entweder mit der Nephrotomie und Drainage des Beckens begnügen oder die Auskratzung, partielle Resektion oder die Totalexstirpation der Niere vollführen.

Die Nephrotomie hat vielleicht eine nützliche Wirkung auf die Nierentuberkulose, welche nicht durch Sekundärinfektion kompliziert ist, und man kann sich fragen, ob sie nicht ähnlich wirkt, wie die Laparotomie bei gewissen tuberkulösen Bauchfellentzündungen. Man ist darüber noch im unklaren. Bei begrenzter Tuberkulose läßt sich nach ISRAEL eine teilweise Nierenresektion und Entfernung des Herdes versuchen, ebenso die Auskratzung nach MORRIS. Die Nephrektomie bleibt zunächst noch die wichtigste Operation bei Nierentuberkulose, ALBARRAN selbst hatte bei sechs Operierten fünf Heilungen.

Stets sollte man der Nephrektomie diejenige Art der Nephrotomie vorhergehen lassen, bei welcher die Niere von dem konvexen Rande her aufgeschlitzt wird; erst dann, nach genauer Untersuchung, mag die endgültige Operation entschieden werden. Bei einfacher Pyonephrose eines Tuberkulösen ist die Nephrotomie die Operation der Wahl. Zeigt sich jedoch ein großer Teil der Niere durch bacilläre oder kombinierte Infektion zerstört, so wird man sich für die Nephrektomie entscheiden müssen.

II. Mitteilung über einen Fall von Ectopia vesicae und über eine Abänderung der autoplastischen Methode, von Pozzi. In dem vom Verfasser behandelten Falle (bei einem 11jährigen Mädchen) suchte er folgende Anzeigen bei seinem ope-

rativen Vorgehen zu erfüllen: a. die Harnröhrengend zu decken; b. eine feste Bauchwand zu schaffen, um den Bruch zu heilen; c. eine Blasenhöhle zu gewinnen, welche im stande wäre, eine gewisse Menge Harn zurückzuhalten, so zwar, daß die ständige Inkontinenz vermieden wird und dieser Höhle es erlaubt ist, sich zu füllen und durch Überlaufen sich zu entleeren. Alle diese Punkte hat Pozzi glücklich erreicht.

Zur Erklärung der Operationsart, besonders der Lappenbildung und der Naht, sind Zeichnungen beigelegt, welche das Vorgehen Pozzis ziemlich veranschaulichen. Mit Rücksicht darauf sei auf das Original verwiesen.

III. Drei Fälle von Prostatismus vesicalis, von PASTEAU. Mit dem Namen „Prostatismus vesicalis“ bezeichnet GUYON jenen krankhaften Zustand, bei welchem alle Beschwerden der Prostatahypertrophie gegeben sind, ohne daß jedoch eine Vergrößerung der Vorsteherdrüse vorhanden wäre. Der Verfasser schildert ausführlich die drei von ihm beobachteten Fälle und fügt eine kurze Epikrise bei.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 73jährigen Mann mit Prostataabscess; die Zeichen der Hypertrophie, wie Harndrang, besonders zur Nachtzeit, die Schwäche des Strahls, Schmerzen in der Harnröhre beim Urinieren, spontane Stiche in der Aftergegend, Schwierigkeit beim Urinieren, Harnverhaltung waren vorhanden. Auch nach der Incision resp. Operation dieses Abscesses und trotzdem die Prostata nicht mehr vergrößert erschien, blieb der Prostatismus bestehen. Der Kranke ging bald darauf an einer Pleuro-Pneumonie zu Grunde. Hier könnte man einwenden, daß es vor dem Bestehen des Abscesses eine Hypertrophie der Prostata gegeben haben könne; der Verfasser hält dies jedoch nicht für wahrscheinlich und weist darauf hin, daß auch bei der Sektion keine anderen Veränderungen sich herausstellten, als die Atheromatose und die Infektion der Blase und der Nieren.

Die zwei anderen Fälle besaßen sicher keine Prostatahypertrophie, zeigten dennoch die Beschwerden der Prostatiker; es waren Männer von 43 und 45 Jahren, beide sehr „atheromatös“. Bei ihnen waren die krankhaften Zustände des Prostatismus hauptsächlich auf die Blase verteilt und zwar von Anfang an. Schuld an der Entwicklung dieser Änderungen trägt die Arteriosklerose in den Blasengefäßen. Die Leute erscheinen wohl zu jung für diese Störungen, aber ihr Cirkulationssystem ist eben früh alt geworden. Auf das Vorkommen solcher „jungen Prostatiker“ weist GUYON regelmäßig hin.

Neuhaus-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1896. Heft VI.

Untersuchungen über den praktischen Wert des Sublimats bei Ulcus venereum, von GIOVANNINI. Zu den Untersuchungen dienten Patienten mit weichem Schanker, denen an jedem Beine mittelst eines Rasiermessers eine oberflächliche Hautwunde beigebracht wurde. Auf diesen Wunden inokulierte Verfasser dann reichlich Schankersekret; während er aber die eine sofort oder nach verschieden langer Zeit mit Sublimatlösung gründlich reinigte, sollte die andere zur Kontrolle dienen. Die Resultate der Untersuchungen führten ihn zu folgenden Schlusfolgerungen: Nach einem verdächtigen Coitus sollen die Genitalien und umliegenden Partien so rasch wie möglich (spätestens innerhalb 8 Stunden) gründlich mit 1‰iger Sublimatlösung abgewaschen werden und zwar während mehrerer Minuten. Kann die Reinigung sofort geschehen, so genügt eine Konzentration von 1:4000. Natürlich müssen diejenigen Hautstellen besonders sorgfältig behandelt werden, welche am häufigsten Sitz des Schankers sind: beim Manne die innere Fläche des Präputiums, der Sulcus

balanopraeputialis und das Frenulum; beim Weibe die Fossa navicularis und die kleinen Labien. Ebenso müssen allfällige Exkorationen etc. mit doppelter Sorgfalt ausgewaschen werden.

Beitrag zum Studium der Hydroa vacciniforme von BAZIN, von Prof. MIBELLI. (In extenso in dieser Zeitschrift, Bd. XXIV, S. 87, erschienen.)

Die Trichophytonarten in der Provinz Parma, von PELAGATTI. In extenso erschienen, *diese Zeitschrift*, Bd. XXIII. No. 10.

Zwei Worte über einen Fall von Akrokeratom oder Keratodermatitis, von GILETTI. Es handelt sich um den Fall, welchen G. früher schon beschrieben und der dann von DUBREUILH entgegen der Ansicht G.'s als Arsenkeratom erklärt worden war. Gestützt auf das Fehlen von kongestiven Erscheinungen in den Händen und Füßen, von Sensibilitätsstörungen, von Veränderungen in der Schweißsekretion; auf das Fortbestehen der Keratose lange nach der Einstellung der Arsenikmedikation besteht G. darauf, daß es eine essentielle Keratodermatitis infolge einer Trophoneurose aus zentraler Ursache (nach Typhus) war.

C. Müller-Genf.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Ein Fall von sog. angioneurotischem Ödem, von S. F. WRIGHT. (*Brit. med. Journ.* 19. September 1896. S. 750.) Die 60jährige Patientin hat in den letzten 35 Jahren fast ununterbrochen an lokalisierten ödematösen Schwellungen gelitten, die bald diesen, bald jenen Körperteil, selbst die Zunge, vielleicht auch die Trachea und Bronchien ergriffen. Sie ist von ihren Attacken nie länger als sechs Wochen frei geblieben. Die befallenen Bezirke sind verschieden groß, erreichen zuweilen die halbe Größe einer Orange. Die Haut über den Schwellungen ist bisweilen schwach gerötet, öfter jedoch normal. Die Spannung derselben wechselt, gewöhnlich bleiben auf Druck Vertiefungen zurück. Eine Ähnlichkeit mit Urticaria, an der die Patientin niemals gelitten hat, hat die Affektion nicht. Auch Erythema in irgend einer Form muß ausgeschlossen werden, ebenso in ätiologischer Beziehung jede ernstere Dyspepsie. Die Attacken leiten sich durch keinerlei Vorboten ein. Die einzigen Effekte sind mechanischer Art. Die Zunge kann innerhalb von wenigen Stunden eine derartige Größe erreichen, daß der Mund nicht geschlossen werden kann und das Schlucken erschwert ist; oder die Lippen sind so vergrößert, daß der Mund nicht geöffnet werden kann. Eine Schwellung um die Augen kann dieselben so schließen, daß die Patientin nichts sehen kann.

Die Behandlung, insbesondere die diätetische, ist ohne Wirkung geblieben.

C. Berliner-Aachen.

Morbus caeruleus, von GUTHRIE. (*Brit. med. Journ.* 14. März 1896. S. 660.) Das dreijährige Mädchen zeigt eine kongenitale Cyanose, die in erregtem Zustande des Kindes stärker hervortritt. Gleichzeitig besteht Spina bifida occulta und eine eigen-

tümliche Parese der Beine. Das Herz läßt ein systolisches Geräusch vernehmen. Welchem von diesen pathologischen Zuständen die Cyanose der Haut zuzuschreiben sei, vermag Verfasser nicht mit Sicherheit zu entscheiden.

C. Berliner - Aachen.

RAYNAUDSche Krankheit und Sklerodaktylie, von THEODOR FUCHS. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 39.) Zwei Fälle von Kombination der RAYNAUDSchen Krankheit mit Sklerodaktylie geben dem Verfasser Veranlassung zu vorliegender Arbeit, die zunächst eine Wiedergabe des über Sklerodaktylie Bekannten enthält. Dafs dieselbe vorwiegend das weibliche Geschlecht befällt und meist im 3.—5. Decennium des Lebens auftritt, soll sie mit der RAYNAUDSchen Krankheit gemeinsam haben. Die beiden beobachteten Fälle zeigten exquisite, symmetrische, lokale Asphyxie der Extremitäten von jahrelanger Dauer, der eine mit Gangrän. Daneben besteht rigide, derbe, straffe Haut, wie sie für Sklerodermie charakteristisch ist. Sehr bemerkbar ist die sehr starke Pigmentation der kranken Haut. Die Sensibilität ist ungestört. Es scheint sich hier um eine Erkrankung des Nervensystems mit trophischen und vasomotorischen Störungen zu handeln.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Ein Fall von RAYNAUDScher Krankheit, von J. H. MARSH. (*Brit. med. Journ.* 18. Januar 1896. S. 147.) Der 28jährige Patient war stets gesund, hatte auch niemals an Frostbeulen gelitten. Während des letzten strengen Winters, als er mit nackten Händen einen Stein bearbeitete, fühlte er plötzlich beide Hände zuerst weifs und schmerzvoll, dann dunkel und taub, wie todt werden. Er ging nach Hause, da er nicht im stande war, die Arbeit fortzusetzen. Am nächsten Morgen bemerkte er an einigen Fingern kleine Blasen, die barsten und sehr langsam abheilende Wunden hinterliessen. Seit der Zeit leidet der Patient an periodischen Attacken von „Abgestorbenheit der Hände“. Diese Attacken beginnen mit dem Eintritt des kalten Wetters und häufen sich zuweilen so, dafs der Patient gar nicht seiner Arbeit nachgehen kann. Jede Attacke dauert gewöhnlich mehrere Stunden, worauf gewöhnlich komplette Wiederherstellung eintritt. Gelegentlich bilden sich an einem oder mehreren Fingern Blasen mit nachfolgenden Geschwüren. Als der Patient sich zum ersten Male dem Verfasser vorstellte, zeigten die Finger eine dunkelrote Farbe und waren ganz gefühllos. An der Kuppe einiger Finger waren Narben zu sehen. Der Rest der Hände zeigte ein geflecktes Aussehen. Die Ohr läppchen waren dunkelrot und schienen ebenfalls etwas herabgesetzte Sensibilität zu zeigen. Der Urin war normal, ebenso der Puls. Der Patient wurde angewiesen, dicke, wollene Handschuhe zu tragen und so viel wie möglich die Kälte zu meiden. Während der Attacken sollte er zu Hause bleiben. Eisencitrat und Ammonium, Arsenik, Belladonna und Nitroglycerin wurden verordnet. Während der bisherigen zweimonatlichen Behandlung ist wesentliche Besserung eingetreten. Doch kann der Patient noch nicht in der Kälte arbeiten. Die Attacken sind weit weniger häufig.

C. Berliner-Aachen.

Die cerebralen Komplikationen der RAYNAUDSchen Erkrankung, von W. OSLER-Baltimore. (*Amer. Journ. of the med. scienc.* November 1896.) Fall 1. Anfälle von RAYNAUDScher Erkrankung nur während des Winters, sechs Jahre hindurch. In Verbindung mit der lokalen Asphyxie an Händen, Füfsen, Ohren und an der Nase treten in jedem Winter epileptische Krämpfe und Hämoglobinurie auf. Kolikartige Leibschmerzen, Milzschwellung.

Fall 2. Seit fünf oder sechs Jahren gelegentlich Parästhesien an den Fingern. Im April 1891 Schwindelanfall mit rasch vorübergehender Bewusstlosigkeit; einen Monat später zweiter Anfall mit Schmerzen und lokaler Asphyxie am vierten und

fünftens Finger der rechten Hand. Januar 1892 dritter Anfall mit Asphyxie und superfizieller Nekrose der Endphalangen des zweiten und fünften Fingers der rechten Hand; einen Monat später vierter Anfall mit Aphasie, Muskelschwäche in der rechten Hand, Parese im rechten Fuß; rasche Erholung. Im März zweite Attacke kompletter Aphasie mit Spasmen in der rechten Hand. Hierauf tritt vollkommenes Wohlbefinden ein. Nach drei Jahren lokale Asphyxie, Nekrose der Endphalange des Mittelfingers der rechten Hand. Einen Monat später schwerer Anfall mit Kopfschmerzen, Parese des linken Armes und Beines, schweren lokalen Symptomen an der rechten Hand. Drei Monate später dritter Anfall von Aphasie mit rechtsseitiger Hemiplegie, lokaler Synkope und Asphyxie an der rechten Hand. Ein halbes Jahr später intensiver Schmerz in der rechten Hand, rasch sich entwickelnde Gangrän bis zum Ellenbogen; Coma; Tod.

Fall 3. Im Anschluß an eine Chorea tritt eine häufig recidivierende schmerzhafte Schwellung der Beine mit Rötung der Haut auf; außerdem Bewußtseinsstörungen wahrscheinlich hysterischer Natur.

H. Einhorn-München.

Die Beri-Beri-Krankheit, von KARL DAEUBLER. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 40.) Beri-Beri, eine Krankheit der Tropen und subtropischer Gegenden, kennzeichnet sich durch Störungen der Motilität, der Sensibilität, hydropische Erscheinungen durch Herzerkrankung, vasomotorische Störungen in den Lungengefäßen. Die Übersiedelung nach Europa, das Höhenklima mit abschüssigem Terrain und trockenem Boden wirken heilend. Vornehmlich betroffen sind pigmentierte Rassen. Die Mortalität ist in den verschiedenen Gegenden verschieden; sie schwankt zwischen 15 und 45°. Die höchste Erkrankungsziffer fällt zusammen mit der Regenzeit. Am leichtesten breitet sich Beri-Beri da aus, wo viele Menschen auf kleinem Terrain zusammengedrängt leben müssen, Kasernen, Gefängnissen, Feldlagern etc. Auch durch Kleider ist die Krankheit übertragbar. Der Krankheitserreger der Beri-Beri ist trotz vieler Arbeiten noch nicht entdeckt. Ob der GLOGNERSche Milzamoëbe es ist, steht noch nicht fest.

Das Krankheitsbild entspricht dem Ergriffensein der peripheren Nerven. Man kann einen akuten, subakuten und chronischen Verlauf unterscheiden. Der akute Verlauf bietet schwere Erscheinungen: Nach kurzem Prodromen hohes Fieber bis 47° C. (? d. Ref.), frequenter Puls, verstärkter Herzstofs, lähmungsartige Schwäche der Beine, Ödeme, Stauung in den Lungengefäßen, starke Atemnot, Hyperästhesie der Haut, besonders in der Bauchgegend. Die Nerven findet man bis auf die Nerven-scheide oft vollkommen verstärkt durch Entzündung und Fettdegeneration. Bei sehr heftigem Auftreten kann der Tod in wenigen Tagen eintreten. Mattigkeit, leichtes Fieber mit Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit gestatten oft schon früh die Diagnose. Die subakuten und chronischen Formen zeigen dieselben Erscheinungen weniger heftig und langsamer sich entwickelnd. Die Muskeln atrophieren; bei längerem Bestande wird die Haut über den atrophischen Muskeln anästhetisch. Der Gang ist ähnlich demjenigen der Tabiker. Die chronischen Formen sind die häufigsten; Übergang in akute Formen kommt vor.

Die Autopsie ergibt: Schwere Gerinnbarkeit des Blutes, selten Embolien, lange anhaltende Leichenstarre, mikroskopische Veränderungen im Rückenmark und in den peripheren Nerven, Ödeme und Hydrops der Körperhöhlen, Degeneration des Herzmuskels.

Beri-Beri ist nicht identisch mit unserer multiplen Neuritis.

Bei der Therapie ist in subakuten und chronischen Fällen die Übersiedelung in andere Gegenden das Wirksamste. In akuten Fällen muß man Morphinum, Stimulantien, Digitalis geben. Die Hebung der Diurese ist das Zeichen eintretender Besserung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der Insektenstiche, von OTTINGER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 49.) Um die nach Insektenstichen auftretenden lokalen Entzündungserscheinungen zu beseitigen und ihr Weiterschreiten zu verhindern, hält Verfasser eine energische Kälteapplikation wohl für angezeigt, dagegen hat er irgend einen lokal-therapeutischen Wert des so allgemein verwendeten Ammoniak (Salmiakgeist) niemals beobachten können. Ein anderes Mittel hat sich ihm vielmehr bei Insektenstichen vortrefflich bewährt, das Ichthyol. Dieses beseitigt im Verlauf weniger Minuten die Entzündungserscheinungen: Schmerz, Brennen, Jucken etc. Die Erklärung liegt in der gefäßverengernden und somit entzündungshemmenden Eigenschaft des Ichthyols; dasselbe kann nur aufgetragen werden, in millimeterdicker Schicht, oder man kann die Salbenform verwenden und besonders den 10%igen Ichthyol-Guttapercha-Pflastermull. Eventuell könnte man Ichthyol mit Spiritusäther auch innerlich hinzufügen. *Neuhaus-München.*

Ausschlag nach zu starken Strychningaben, von J. Dulberg. (*The Brit. med. Journ.* 11. April 1896. S. 908.) Der Verfasser hatte einer Frau eine Strychnin enthaltende Mixture verschrieben, von der die Patientin alle zwei Stunden einen Eßlöffel nehmen sollte, aber, wie sich später herausstellte, nahezu das doppelte Quantum genommen hatte. Am nächsten Morgen zeigte die Patientin im Gesicht, auf der Brust, am Nacken, an den Armen einen scharlachartigen Ausschlag, wie ihn Verfasser schon früher einmal nach mäßigen Strychningaben zu beobachten Gelegenheit hatte. Innerhalb 24 Stunden war von der Eruption nichts mehr zu sehen.

C. Berliner-Aachen.

Über das Chloralexanthem, von CHR. GEILL. (*Ugeskr. for Læger.* 1896. No. 21, 22.) Auf dem Hospital für Geistesranke zu Aarhus, woraus die Krankengeschichten des Verfassers stammen, hat er in den letzten sechs Jahren, trotz eines jährlichen, durchschnittlichen Gebrauchs von 32 000 g Chloral, nur bei vier Patienten ein ausgesprochenes Chloralexanthem sich entwickeln sehen, welches somit als nicht sehr häufig vorkommend bezeichnet werden kann. (Nur ganz flüchtige Erytheme können möglicherweise übersehen sein.) Verf. teilt acht Krankengeschichten mit (vier weitere außer den obengenannten) und giebt, sich darauf stützend, eine Beschreibung des papulösen Chloralexanthems. Wenn der Gebrauch des Medikamentes einige Zeit nach dem Auftreten des Exanthems fortgesetzt wird, entwickeln sich irritative Hautaffektionen (zum Teil durch sekundäre Infektion): seltener Pusteln, öfters Ekzema und Ulcerationen (Pat. No. VI). Bei Patient No. VII, wo der Chloralgebrauch trotz des Auftretens eines papulösen Exanthems stetig fortgesetzt wurde (Chloralexantheme waren 1874 noch nicht bekannt), entwickelte sich eine sehr verbreitete, zum Teil bullöse, Epidermolysis und Patient starb infolge von Marasmus nach 7 bis 8 Wochen durch Chloralgebrauch (2 g jeden Abend). In Krankengeschichte VIII (58jähriges melancholisches Weib) bekam Patientin nach unausgesetztem Gebrauch von 2 g Chloral in 25 Abenden ein morbillöses Chloralexanthem, von allgemeinem Unwohlsein und Albuminurie begleitet; am dritten Tag Ikterus; am vierten Tag Mors, trotz Aussetzens des Medikamentes. Bei der Sektion fand man (außer Cancer uteri, Entarteriitis aortae m. m.) folgende Symptome, welche höchstwahrscheinlich der Chloralvergiftung zugeschrieben werden mußten: Haemorrhagiae subependymoidales ventriculi I und II, Vesiculae pelvis et calyculum renum, ureterum et vesicae part., Cyanosis renum, Degeneratio hepatis cum cyanosi. Der starke Ikterus wäre der heftigen akuten Degeneration der Leber zuzuschreiben, welche bis jetzt als ein Unicum dastehen soll, da es sich nicht, wie bei früheren Beobachtungen, um eine Fettdegeneration handelt. (Der Sektionsfund mit mikroskopischer Untersuchung ist detailliert mitgeteilt.)

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Ein Fall von schwerem Quecksilberexanthem, von S. ISSERSON. (*Hospitalztg. Botkin*. 1896. No. 19.) Die 31jährige Prostituierte wurde mit den Erscheinungen vernachlässigter Lues condylomatosa in das Stadthospital von Kowno aufgenommen und ad injectiones von Hydrargyrum salicylicum (1:10) zweimal wöchentlich mit Einreibung der breiten Kondylomata an den Genitalien mit Kalomelsalbe verordnet. Nach zwei Wochen entwickelte sich eine starke Dermatitis an den Oberschenkeln, so daß die Salbe weggelassen wurde. Nach der achten Injektion waren die Kondylome und der papulöse Ausschlag verschwunden und leichte Stomatitis aufgetreten, so daß an Stelle der Injektionen Jodkalium verordnet wurde. Nach sechs Tagen, in deren Verlauf Patientin 6,0 Jodkalium bekommen hatte, trat plötzlich ein über den ganzen Körper verbreitetes scharlachähnliches Exanthem auf; Patientin klagte über Kopfwahl, allgemeines Schwächegefühl und Hautjucken. Temperatur normal, im Rachen nichts Besonderes. Jodkalium wurde nun auch weggelassen und dafür Chinin verabreicht. Allmählich blafte das Exanthem ab, es trat kleinförmige Abschuppung der Haut auf, aber zugleich nahm auch die Schwäche zu, es stellte sich Erbrechen und Durchfall ein, und zwei Wochen nach Beginn des Exanthems starb die Patientin. Leider scheint keine Sektion ausgeführt worden zu sein. Der Ausschlag hatte nach Meinung des Autors keine Ähnlichkeit mit Jodausschlägen, dagegen wohl mit Scharlach, der sich indessen durch Fehlen der Angina und Temperatursteigerung ausschließen ließe.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Akute, hämorrhagische Septikämie, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von CH. A. BALLANCE und F. C. ABBOTT. (*The Brit. med. Journ.* 4. Juli 1896.) Ein Arzt hatte sich bei einer Sektion am Daumen verletzt. Fünf Stunden später fing der Daumen an, heiß und schmerzhaft zu werden, gleichzeitig machte sich bis in die Axilla reichende Lymphangitis bemerkbar. Am nächsten Morgen waren die Drüsen in der betreffenden Achselhöhle geschwollen, der Daumen gespannt, gerötet. Der Patient bekam Erbrechen, Schüttelfrost; die Temperatur stieg rasch an. Etwa 20 Stunden nach der Verletzung sahen die Verfasser den Patienten in benommenem Sensorium, stark fiebernd, den ganzen Körper mit einem septischen Scharlacherythem bedeckt. Der Zustand nahm fast zusehends einen hochgefährlichen Charakter an, als ultimum refugium Injektionen mit Antistreptokokkenserum (BURROUGHS & WELLCOME) versucht wurde. Der Patient erhielt alle vier Stunden eine Injektion von 3,5 ccm. Sechs Stunden nach der ersten Injektion wurden folgende Anzeichen von Besserung wahrgenommen: 1. Das Sensorium war klar und der Kopfschmerz verschwunden. 2. Die Respiration war regelmäÙig und weniger stürmisch. 3. Der Puls ging langsamer. 4. Die Zunge war weniger trocken und belegt als zuvor.

Die Besserung schritt weiter vorwärts und der Patient wurde wieder gesund.

Im ganzen wurden 28 Injektionen (8 à 3,5 und 20 à 7 ccm) gemacht. Abgesehen von einer rasch vorübergehenden Urticaria wurden keinerlei Nebenerscheinungen beobachtet.

Der Fall ermuntert nach der Ansicht der Verfasser, das Antistreptokokkenserum bei folgenden Zuständen anzuwenden: Schädelfraktur mit Gefahr einer eitrigen Meningitis, bei akuter Nekrose, Septikämie und Pyämie aus irgend einer Ursache, bei rapid sich ausdehnender Gangrän, Cellulitis, Erysipel, allgemeiner eitriger Peritonitis und septischen Komplikationen von Mittelohrerkrankungen. C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von W. STEER. (*The Brit. med. Journ.* 26. Sept. 1896. S. 846.) Der 14jährige, kräftig gebaute, früher stets gesunde Knabe giebt an, am 16. September von Wiltshire nach London gekommen zu sein. Am nächsten Abend bemerkte er eine Anzahl kleiner purpurner Flecke an der Vorder-

fläche der Beine, und drei Tage später zeigte sich der Ausschlag an den Handgelenken. Die Ellenbogen- und Kniegelenke waren gespannt, etwas geschwollen und schmerzhaft. Der Patient empfand auch Muskelschmerzen in den Armen. Diese Symptome waren jedoch in wenigen Tagen verschwunden, als der Patient an Erscheinungen eines Gastro-Intestinalkatarrhs erkrankte. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus fühlte er sich sehr krank; die Lippen und die Zunge waren trocken, die letztere war bedeckt mit einem dicken, braunen Belag. An der Schleimhaut der Lippen und des Zahnfleisches sah man einige purpurrote Stellen.

Unter vorwiegend diätetischer Behandlung besserte sich der Zustand, der Ausschlag blafte ab. Aber wenige Tage später trat ein Rückfall ein. Der Patient erbrach blutig-gallige Massen, fieberte und zeigte in verstärktem Grade an verschiedenen Stellen die purpurroten Flecke. Während andere Mittel im Stiche ließen, hatten Jodoformpillen eine unmittelbare gute Wirkung. Der Patient erholte sich nach einem zweiten Recidiv, das er durchmachte, unter Jodoformpillen langsam, aber stetig und blieb seitdem von weiteren Anfällen verschont. *C. Berliner-Aachen.*

Purpura haemorrhagica mit Netzhautblutungen, von J. N. MATTHEWS. (*The Brit. med. Journ.* 19. Sept. 1896. S. 750.) Ein 13jähriges Mädchen war durch einen Trunkenbold erschreckt worden. An demselben Tage wurde sie schwer krank, erbrach mehrere Male und klagte über Schmerzen im Rücken und in der unteren Bauchgegend. Zwei Tage später wurden an den Beinen und Armen einige purpurfarbene Flecke bemerkt, die auf Druck nicht zurückgingen. Der Puls betrug 144, war stark gespannt, die Temperatur 39,1. In den nächsten Tagen zeigten sich andere Flecke an den Beinen. Der Puls sank etwas. Am sechsten Tage der Erkrankung bekam die Patientin starkes Nasenbluten. Purpurflecke wurden auch am Zahnfleisch wahrgenommen. Die Untersuchung der Augen ergab kleine Hämorrhagien in der Netzhaut beiderseits. Am zwölften Tage der Krankheit zeigte die Patientin alle Symptome von Abdominaltyphus, an dem sie jetzt noch darniederliegt. Die Krankengeschichte ergab keine Anhaltspunkte für Skorbut, Meningitis oder irgend eine andere mit Purpura einhergehende Krankheit. *C. Berliner-Aachen.*

Traumatische Entzündungen.

Die Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes, von G. AJELLO und C. PARASCANDOLO. (*Gazz. degli Osped.* 12. Juli 1896.) Aus ihren Beobachtungen und Experimenten ziehen AJELLO und PARASCANDOLO folgende Schlüsse:

1. Im Muskelfleische, in den Organen und in geringerem Grade im Blute Verbrannt existiert ein giftiges Ptomain.

2. Mit Hinsicht auf die Verschiedenheit der Symptome kann man mit Sicherheit ausschließen, daß die Todesursache bei Verbrennung die Toxine des Proteus seien, wie dies LUSTGARTEN behauptet.

3. Ausgeschlossen ist auch, daß der Verbrennungstod eine Folge anatomischer Alteration der Organe oder des Blutes sei, da er erst später auftritt, wenn die lokal erzeugten Ptomaine resorbiert und am Körper verbreitet sind.

4. Ebensowenig ist die Theorie annehmbar, daß die normalerweise im Körper vorhandenen Ptomaine ihre schädliche Wirkung erst infolge der durch die Verbrennung entstandenen Veränderung ausüben, da ihre Unschädlichkeit erwiesen ist.

5. Bewiesen ist ferner die Identität der Ptomaine, die aus außerhalb des Körpers verbrannten Geweben erzeugt werden, mit jenen, die vom lebend verbrannten Tiere gewonnen werden.

6. Die Ptomaine entstehen in größerer Menge und Virulenz in den Muskeln, als in den Eingeweiden, am wenigsten im Blute.

7. Tiere, mit diesen Ptomainen injiziert, gehen genau so rasch und unter den gleichen Erscheinungen zu Grunde, als wenn sie direkt verbrannt werden.

8. Das Blut injizierter Tiere zeigt dieselben Veränderungen als das verbrannte.

9. Die durch die Ptomaine bewirkte Intoxikation ist erst lokal und wird erst durch Resorption und Diffusion eine allgemeine.

10. Der Verbrennungstod ist demnach eine Folge der Resorption von Ptomainen, welche durch chemische Veränderung der verbrannten Teile entstehen.

11. Die sofortige Abtragung des verbrannten Teiles verhindert die Resorption der Ptomaine, das Auftreten der Vergiftungssymptome und den Tod.

12. In späterer Periode kann nach künstlicher Anämisierung die Transfusion gesunden Blutes oder künstlichen Serums die schon eingetretenen Symptome zum Schwinden bringen und den Tod verhindern.

H. Einhorn-München.

Ein Fall von perforierenden Darmgeschwüren nach einer Verbrennung, von F. TOBIESEN. (*Hosp.-Tid.* 1896. No. 40.) Verfasser berichtet über einen solchen Fall aus Prof. HASLUNDS Abteilung bei einem 58jährigen Arbeiter mit einer sehr verbreiteten Verbrennung zweiten Grades. Patient starb ungefähr vier Wochen später, und bei der Sektion fand sich im Colon transversum ein erbsengroßes, scharfrandiges Geschwür, bis in das Cavum peritonei perforiert (mit diffuser Peritonitis); ferner fanden sich zwei ähnliche Geschwüre, eines im Colon transversum und eines im untersten Teile des Ileum. Kein Geschwür im Duodenum (in allen früher mitgeteilten Fällen sind die Ulcerationen immer ausschließlich hier gefunden worden). Auf dem Wege der Exklusion nimmt Verfasser an, daß alle Geschwüre der Verbrennung entstammen.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Die Behandlung der Verbrennungen, von W. H. BROWN. (*The Brit. med. Journ.* 29. Febr. 1896. S. 535.) Die Behandlung der Verbrennungen ist eine unzureichende und steht beträchtlich hinter derjenigen anderer Verletzungen zurück. Die Mortalität infolge von Verbrennungen aller Grade ist in den letzten 20 Jahren nicht geringer geworden. Shock und Septikämie sind die Todesursachen. Eine Dosis Morphinum sollte zuallererst gegeben werden, um dem Shock vorzubeugen, die verbrannten Stellen sollten sorgfältig gereinigt und verbunden werden. Um den Patienten warm zu halten und gegen die Luft zu schützen, empfehle es sich, ihn in ein mit Borsäure antiseptisch gemachtes kontinuierliches Bad zu setzen. Karbolsäure oder Sublimat seien zu vermeiden. Um den Eintritt der Septikämie zu verhindern, werde vielleicht eine zukünftige Chirurgie die verbrannten Gewebe wegkratzen und dann die gut gereinigten Brandwunden antiseptisch verbinden. Verfasser gebraucht gegenwärtig Eukalyptusöl, das nicht giftig und nicht reizend wirkt.

C. Berliner-Aachen.

Pikrinsäure gegen oberflächliche Verbrennungen und Brandwunden, von D'ARCY POWER. (*The Brit. med. Journ.* 12. Sept. 1896. S. 650.) Die für den Gebrauch bestimmte Pikrinsäure-Lösung wurde nach folgendem Rezept angefertigt:

℞	Acid. picric.	5,0
	Alcohol	80,0
	dissolve, adde	
	Aq. dest.	1000,0

Die Wunde wird zunächst mit einem Stückchen mit dieser Lösung getränkter Watte gereinigt. Blasen werden angestochen, der Inhalt herausgelassen, die Blasen-decke möglichst erhalten. Sodann werden Gazestreifen mit der Lösung befeuchtet

und so aufgelegt, daß sie die ganze Wundfläche bedeckt. Eine dünne Lage Watte wird darüber gelegt und das Ganze mit einer Leinwandbinde verbunden. Nach 3 bis 4 Tagen wird der Verband in derselben Weise frisch angelegt und kann nun eine Woche liegen bleiben. Die großen Vorteile dieser Methode bestehen darin, daß die Pikrinsäure die Schmerzempfindung stark herabsetzt oder beseitigt, daß sie die Tendenz zur Eiterung beschränkt, indem sie die Eiweißexsudationen koaguliert, und endlich, daß die Heilung unter einer Schuppe, bestehend aus Epithelialzellen, welche durch die Pikrinsäure hart geworden sind, gut von statten geht. Eine glatte, weiche Narbe bleibt zurück, wie sie eine andere Behandlung von Verbrennungen nicht zu erzielen vermag.

C. Berliner-Aachen.

Zwei Fälle von Karbolgangrän, von ROSENBERG. (*Ugeskr. for Læger.* 1896. No. 25.) Bei einem 40jährigen Manne und einem 7jährigen Knaben mit resp. Ekthyma dorsi manus und Vulnus contusum indicis entstand während der Behandlung mit Epithema aq. carbol. (2%), mit Guttaperchapapier gedeckt, eine kutane Gangrän. Im letzten Falle, wo die Eltern des Kindes, wegen der prickelnden Empfindung der Haut, lange nach der Heilung der Wunde mit der Behandlung fortgefahren hatten, zeigte sich ein fester bräunlicher Schorf der ganzen vom Umschlage bedeckten Hautpartie. Vorher sollen nach LEUSSER nur 34 solcher Fälle beschrieben worden sein.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Neurotische Entzündungen.

Über Erythromelalgie, von KARL DEHIO. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 32.) Eine 40jährige Bäuerin zeigt folgende Krankheitserscheinungen: Ersens habituelle, diffuse, zeitweise exacerbierende Kopfschmerzen; während der Exacerbationen oft Erbrechen, blasse Cyanose der Gesichtshaut mit Verdickung des subkutanen Gewebes im Gesicht. Zweitens in der linken Hand permanente, zeitweise sich steigernde Schmerzen, inklusive Rötung an den Fingern und in der Vola manus, flache Knötchenbildung, fortwährendes Schwitzen, glatte Atrophie der Fingerhaut, Arteriosklerose der Arterien der linken oberen Extremität. Drittens neuralgische Schmerzen in der Gegend des linken Schultergelenks. Viertens Rötung und Schmerzhaftigkeit in der linken Fußsohle.

Die Erscheinungen sind nur zu erklären durch zentrale Nervenerkrankungen. In der That zeigte auch die mikroskopische Untersuchung des zu therapeutischen Zwecken reservierten N. ulnaris keine Veränderung. Dagegen fand man in der gleichfalls resezierten Art. ulnaris eine diffuse Sklerose der Intima. Nach der Operation erblaste der vom Nervus ulnaris versorgte kleine Finger und bekam eine normale Hautfarbe. Es war also die Hyperämie bedingt gewesen durch abnorme Erregung der Vasodilatoren. Auch das abnorme Schwitzen hörte nach der Resektion des Nervus ulnaris in seinem Gebiete auf.

Das ganze Krankheitsbild stellt sich dar als der Effekt eines abnormen Erregungszustandes, wenn man von den trophischen Veränderungen (glatte Haut, Knötchenbildung) absieht. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Erkrankung der Hinterhörner und der Seitenhörner in der grauen Substanz des Rückenmarks, die sich in einem Zustand abnormer Erregung befinden. Es bestand ein Herd im Halsmark bis an den Boden des vierten Ventrikels (vasomotorische Gesichtsstörungen!) und ein zweiter im Lendenmark. — Der Symptomenkomplex der Erythromelalgie beansprucht eine gewisse Selbständigkeit.

Die linksseitige Arteriosklerose ist zu erklären durch die beständige Dilatation der Gefäße infolge des verminderten Gefäßtonus. Diese hat eine kompensatorische Verdeckung der Intima zur Folge. In einem Falle von MUTSCHNIK ist eine ähnliche Gefäßveränderung beobachtet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle von Erythromelalgie? von M. HEIMANN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 51.) Beide Fälle zeigen Rötung und Schwellung im Gebiete des Nervus radialis mit stärkerer Affektion der dorsalen Haut und Schmerzhaftigkeit. In beiden handelt es sich um eine akute Attacke, die zurückging unter Schälung der Haut.

Verfasser führt die Erscheinungen zurück auf eine vasomotorische Neuritis und fasst sie als akut verlaufende Pendant zur chronischen Erythromelalgie auf. — Die Ursache im ersten Fall ist die gewöhnliche. Der alkoholgeneigte Steinklopfer mußte dauernd auf feuchtem kalten Boden arbeiten. Im zweiten ist die Ätiologie unklar. Die Therapie bestand in Ruhestellung, Auflegen einer konzentrierten Ichthyolsalbe und Bedecken mit Guttaperchapapier. (Ob die starke Schälung nicht auf Rechnung des Ichthyols kommt? D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Erythromelalgie, von C. PEZZOLI. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 53.) Eine sonst gesunde Person zeigt kurze Zeit, nachdem sie eine Pleuritis und Lungenkatarrh durchgemacht, wahrscheinlich unter Einfluß starker Nässe Erscheinungen an den Händen, bestehend in anfallsweise sich einstellender Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit; daneben besteht leichte Parästhesie und Herabsetzung der taktilen Empfindlichkeit. Die Anfälle dauerten circa 30 Minuten, darnach wurde die Haut wieder normal; später blieb eine leichte Anschwellung zurück. Allmählich nahm das Leiden an Intensität und Extensität zu. Die Haut der Finger blieb dann andauernd geschwollen; ihre Färbung bei Kältewirkung war cyanotisch, in der Wärme hochrot.

Der Fall reiht sich der dritten Gruppe der LEWINSchen Einteilung an, bei der zentrale, nervöse Störungen fehlen oder wenigstens nicht nachweisbar sind. — Es handelt sich um angioneurotische Erkrankung. DEHJO hat an der excidierten A. ulnaris in einem Falle Verdickung der Intima nachgewiesen, andererseits gezeigt, daß die Excision des Nervus ulnaris die Affektion in dessen Gebiete beseitigte. Da nun aber anatomische Blutgefäßveränderungen durch Nervenläsionen entstehen können, kann eine neurotische Arteriosklerose (A. FRÄNKEL) vorliegen.

Verfasser erörtert dann noch die Differentialdiagnose gegenüber den Perniones und der Aphyxia localis RAYNAUDS, sowie die Therapie. Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Natur des Herpes zoster, von C. PAGGI. (*Settimana medica delle Sperimentale.* 1896. No. 38.) Verfasser behandelte einen Patienten mit einem ausgedehnten Herpes zoster des Schulterblattes, des Ober- und Unterarms und begleitenden heftigen Schmerzen im ganzen von der Eruption befallenen Gebiete. Nach dem fünften oder sechsten Besuche wurde er nun selbst von der Dermatoze affiziert, und zwar zeigte dieselbe genau dieselbe Lokalisation und dieselben Erscheinungen. Obschon Verfasser einen bloßen Zufall nicht für ausgeschlossen hält, glaubt er, daß der Fall zur Stütze der Theorie von der Kontagiosität des Herpes zoster dienen könnte.

C. Müller-Wallisellen.

OHMANN-DUMESNIL empfiehlt (*St. Louis med. and surg. Journ.* August 1896) zur raschen und erfolgreichen **Behandlung des Herpes zoster** innerlich die Pilulae asiaticae, die besser wirken sollen als die Solutio arsen. FOWLER, und lokal ein Kampher-Wismut-Pulver.

H. Einhorn-München.

L. S. SOMMERS giebt (*Amer. med.-surg. bull.* 31. Oktober 1896) im Anschluß an die Mitteilung eines Falles von **Herpes des äußeren Ohres** eine Schilderung der Symptomatologie und Behandlung dieser Affektion, die nichts Neues enthält. Die Fälle sind außerordentlich selten und betreffen meist nervöse Individuen, die an Verdauungsstörungen leiden.

H. Einhorn-München.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die **radikale Behandlung der Hydrocele tunicae vaginalis**, von RÖRSCH. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 7.) Verfasser giebt zunächst einen geschichtlichen Überblick über die gegen Hydrocele angewandten Maßnahmen, die einfache Punktion, die Punktion mit nachfolgenden Injektionen und die Operation mit dem Messer. Die Punktion mit nachfolgender Jodinjektion wurde besonders durch MARTIN in Calcutta berühmt, der mit dieser Methode angeblich 800 Fälle jährlich zur Heilung brachte. RÖRSCH selbst tritt, gestützt auf die statistisch nachgewiesenen besten Erfolge, nur für die Operation mit dem Bistouri ein, wobei er wesentlich VOLKMANN folgt. Er operiert aseptisch und verwendet 1%ige Kokaininjektion, wodurch der Eingriff fast schmerzlos vor sich geht. Nach der Incision fixiert er die Vaginalis durch 5–6 Nähte an der äußeren Haut, tamponiert locker mit Jodoformgaze, welche 8 Tage liegen bleiben dürfe. Nach dieser Zeit könne der Patient, mit einem Suspensorium versehen, aufstehen; die völlige Heilung sei in 3 Wochen erreicht. Manchmal bleibe eine leichte Schwellung der Drüse zurück, die sich aber stets verliere.

(Die neueste Statistik spricht aber entschieden für die Methode JULIARDS, nämlich Incision mit nachfolgender partieller Excisio tunicae vaginalis. D. Ref.)

Neuhaus-München.

Radikalbehandlung der Hydrocele durch Inversion der Tunica vaginalis, von DOYEN. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Bei diesem Verfahren soll folgendermaßen vorgegangen werden: Der Kranke wird narkotisiert. Hautschnitt von 25 mm an der vorderen und unteren Partie des Hodensacks, Eröffnung der Vaginalis, Offenhalten der Ränder durch Pinzetten, Entleerung der Flüssigkeit. Nun ziehe man rasch die gesamte Vaginalis von ihren Verbindungen ab, um sie hervorstülpen zu können. Dies bereitet keine besonderen Schwierigkeiten, auch nicht gegenüber dem Hoden, der jetzt wie ein Brucheingeweide erscheint. Eventuell läßt sich die Öffnung in der Vaginalis nach Bedarf mit den Fingern erweitern. Hierauf wird alles zurückgeschoben, die Hautwunde durch 3 Nähte geschlossen. Keine Blutung, keine Reaktion, etwa wie bei Jodinjektionen. Die ganze Operation verlangt bloß 3–5 Minuten Dauer. Sollen die beiden Seiten so behandelt werden, genügt ein Hautschnitt, man hat bloß die mittlere Hodensacksccheidewand zu eröffnen, die andere Vaginalis zu incidiren und hervorzustülpen. Auch die Varicocele läßt sich nach DOYEN mittelst einer solchen kleinen Incision am Hodensack operieren. Man spannt die venösen Plexus spermatici an, legt 2 Ligaturen an und reseziert zwischen denselben die dicksten Venenstränge.

Die Radikalbehandlung der Hydrocele mittelst der Inversion der Vaginalis erscheine als Operation der Wahl in allen Fällen, in welchen diese Vaginalis als beträchtlich verändert anzunehmen ist.

In einfachen Fällen von Hydrocele mag die Punktion mit nachfolgender Injektion genügen. DOYEN empfiehlt, nach Entleerung der Flüssigkeit etwas Kokain einzuspritzen und dann 1–2 ccm einer 10%igen Chlorzinklösung. Hat man vorsichtshalber 15–20 g der Hydrocelenflüssigkeit zurückbelassen, sei die Methode wenig schmerzhaft und doch sehr wirksam. Die Anschwellung sei geringfügig. Es erfolgt in 2–3 Wochen Resorption der koagulierten Eiweißkörper, Rückfall nur ausnahmsweise.

Neuhaus-München.

Über irritierende Injektionen und Drainage bei der Behandlung der Hydrocele, von NICAISE. (*Rev. de Chir.* 1895. No. 12.) Verfasser wendet folgendes Verfahren an: Mit einem Troicart No. 14 (Charrière) entleert er ca. $\frac{1}{3}$ der Flüssigkeit und injiziert 3–4 ccm einer 1%igen Kokainlösung, worauf auch der Rest des serösen

Ergusses abgelassen wird. Hierauf injiziert er mit Wasser (unter Jodkaliumzusatz) verdünnte Jodtinktur. Nun fügt er in die Troicartkanüle das an der Spitze durchlöchernte Stilet ein, stößt es auf der entgegengesetzten Seite der Einstichöffnung durch und zieht es wieder mit einem daran befestigten Drainrohre zurück, welches die Serosahöhle durchzieht und an beiden freien Enden fixiert wird. Am vierten Tage wird das Drainrohr entfernt und wurde das erste Mal ein antiseptischer Verband angelegt. Am siebenten Tage wird ein Suspensorium verordnet und der Patient kann aufstehen.

C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis der spezifischen Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes, von Prof. FÜRBRINGER - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 38.) F. sucht seine Ansicht aufrecht zu erhalten, daß die BÖTTCHERSchen Spermakrystalle im wesentlichen Produkte der Prostataepithelien und deswegen nicht als Hodenkrystalle (LUBARSCH), sondern mit größerem Recht als Prostatakrystalle zu bezeichnen sind.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Entstehung von Prostatitis und Harnröhrenstriktur durch das Radfahren mit schlecht passendem Sattel, von W. W. TOWNSEND. (*New York med. Journ.* 22. Februar 1896.) Ein Buchhalter kam wegen Reizerscheinungen an der Urethra in Behandlung. Es wurde durch endoskopische und rektale Untersuchung eine granulöse Urethritis und chronische parenchymatöse Prostatitis festgestellt. Das Caput gallinaginis war stark geschwollen, die Schleimhaut livide verfärbt und empfindlich; an der Pars membranacea war die Schleimhaut geschwollen und teilweise erodiert; in der Pars bulbosa waren diese Erosionen zahlreicher. Eine venerische Ätiologie wurde durchaus geleugnet. Es wurde festgestellt, daß bei dem Sattel des Rades, auf welchem der Patient oft und lange fuhr, das Körpergewicht fast ausschließlich auf das Perineum drückte. Verfasser hat mehrere ähnliche Fälle beobachtet, kennt aber keine Art von Sattel, bei welcher dieser Nachteil vermieden wird. Auf diese Weise kann natürlich diese sonst so gesunde Tätigkeit, namentlich auch bei Frauen und Mädchen höchst gefährlich sein.

Philippi-Remscheid.

Über die Häufigkeit der verschiedenen Arten der Prostata-Hypertrophie, von Morz. (Nach *Ann. d. med. d. org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Die Sektionen des Verfassers beziehen sich auf 60 Fälle von Prostatikern. Seine Statistik weicht wesentlich von der THOMPSONSchen ab. Diese ergab 91% Hypertrophie der drei Prostatalappen und 6,6% der beiden Lappen. Morz dagegen fand: 56,6% Hypertrophie der drei Lappen, 36,6% seitliche Hypertrophie und 6,6% Hypertrophie des Mittellappens. Für eine eventuelle Abtragung des Mittellappens ist dieser Befund wohl zu berücksichtigen.

Neuhaus-München.

Über die sog. Hypertrophie der Vorsteherdrüse und über anatomische Grundlagen der senilen Insuffizienz der Blase, von STANISLAW CIECHANOWSKY. (*Centrabl. f. Chir.* 1896. No. 32.) Folgende Ergebnisse seiner Untersuchungen berichtet der Verfasser:

1. Die Veränderungen der Nieren, Blase, Prostata sind nicht, wie die GUYONsche Schule annimmt, auf Arteriosklerose zurückzuführen.

2. Als anatomische Grundlage der Blaseninsuffizienz beim Prostatismus (GUYON) ist eine quantitative Veränderung in dem Verhältnisse des Blasenmuskels zum Bindegewebe nachweisbar.

3. Diese qualitative Veränderung scheint eine regelmässige Begleiterin des zunehmenden Alters zu sein; sie nimmt zu, wenn mechanische Hindernisse der Harnentleerung entgegenstehen und erreicht den höchsten Grad bei Hinzutreten ent-

zündlicher Erscheinungen. In der Regel wirken alle Momente gleichzeitig mit, nur selten ist reine senile Atrophie der Blasenmuskeln die Ursache hochgradiger Harnbeschwerden. Durch Hypertrophie der Blasenmuskeln, wie sie bei mechanischen Hindernissen die Regel ist, wird der Einfluß dieser schädlichen Momente geschwächt. Die Endwirkung dieser hängt von ihrer Summe ab; bei Beurteilung des Einzelfalles müssen sie alle in Betracht gezogen werden.

II. Die sog. Hypertrophie der Prostata scheint nicht eine homoplastische Neubildung, sondern fast immer eine Folge entzündlicher Vorgänge in dem Drüsengewebe, im Stroma, oder in beiden zu sein.

Das Endergebnis dieser entzündlichen Vorgänge, die nicht eine Vergrößerung des Organs bedingen und den chronischen, postblennorrhischen Prostataentzündungen ähneln, hängt weniger von Intensität und Ausbreitung, als von der Lokalisation ab. Je zentraler die entzündlichen Veränderungen des Stromas, je peripherer diejenigen der Drüsen, desto wahrscheinlicher der Ausgang in Hypertrophie. Bei umgekehrter Lokalisation kann sogar eine Atrophie eintreten.

Bei der Mehrzahl hochbejahrter Individua ist in der Prostata eine protrahierte Entzündung nachweisbar, die nicht immer, aber bei gewissen Vorbedingungen eine Vergrößerung hervorrief.

Die sog. Prostatahypertrophie ist also in der Regel ein Folge chronisch-entzündlicher Vorgänge, wenn sie auch nicht den einzigen Endausgang der letzteren bildet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Prostatahypertrophie und deren Behandlungsmethoden spricht VIERTTEL. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 36 u. 37.) Redner erörtert die Pathologie der Prostatahypertrophie und die neuen Heilbestrebungen, berichtet dann über einen Mann, den er mit Erfolg mittelst Resektion der Ductus efferentes und Abreißung des peripheren Stücks von Hoden behandelt hat, wie es HELFERICH vorgeschlagen. Nach diesem Autor soll nach dieser Operation die Potentia coeundi sogar erhalten bleiben.

In der Diskussion berichtet SACKUR über Tierversuche, die eine Schrumpfung der Prostata nach der Kastration ergaben. Das Drüsengewebe vermindert sich, während das Stützgewebe zunimmt. Dieselbe Wirkung übt, wenn auch etwas langsamer, die Durchtrennung der nn. spermatici, des Samenstranges, des Vas deferens aus, insofern sie doppelseitig ausgeführt wird. Einseitige Operationen sind ohne Effekt. Die Hoden scheinen nach diesen Eingriffen zu atrophieren, jedoch ist das mikroskopisch noch nicht festgestellt.

HENLE berichtet aus der chirurgischen Universitätsklinik über vier doppelseitige Unterbindungen des Samenstranges. Der Hoden schwoll bisweilen etwas an, atrophierte dann nach 3—6 Wochen. Die Blasenbeschwerden besserten sich, resp. schwanden in zwei Fällen, einer blieb ungebessert, einer ist noch in Behandlung. Die Kastration wirkt prompt.

PONFICK weist hin auf die Entmannungsmethode, die bei Tieren in Frankreich üblich ist. Der Operateur vollzieht am Hoden gewaltsame Drehbewegungen und zerreißt, quetscht oder torquiert so den Samenstrang. Diese „Bistournage“ bewirkt eine funktionelle Atrophie der Geschlechtsorgane des Hengstes.

NEISSER weist darauf hin, daß bei Prostatikern besonders oft die unzulängliche Funktion der Blasenmuskulatur die Ursache der Störungen ist, was vielfach zu wenig beachtet wird. Die beginnende Blasendilatation, erkennbar am Residualharn, bedarf der besonderen Berücksichtigung. Die Blase muß künstlich entleert werden, um ihre Muskulatur kräftig zu erhalten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

G. K. SWINBURNE empfiehlt (*Amer. med. surg. bull.* 1896. No. 13) ein **Instrument zur Massage der Prostata**, das sich im wesentlichen nur durch seine weniger starke Krümmung von dem von FELEKI angegebenen unterscheidet. Außerdem zeigt der Stiel des Instrumentes, 11½ und 13 cm vom birnförmigen Ende entfernt, Marken, die zur Orientierung über die Länge des eingeführten Teiles dienen sollen.

H. Einhorn-München.

Zur leichteren Ertragung des Verweilkatheters bei Prostatikern empfiehlt GUÉPIN 1. alle Hindernisse am Introitus urethrae (Atresie etc.) mittelst Bistourie zu entfernen, und 2. auf jede Entleerung der Blase eine Ausspülung mit Borlösung folgen zu lassen. (*Rif. med.* 1896. No. 94.)

C. Müller-Wallisellen.

PHÉLIP hat für **voluminöse Prostata neue elastische Katheter** konstruiert, welche die bisherigen Metall- oder elastischen Mandrinkatheter vorteilhaft ersetzen sollen. Das Ideal wurde jedoch, trotz der größten Sorgfalt bei der Fabrikation, bisher nicht erreicht; PH. hofft aber diese Unvollkommenheiten bald beseitigen zu können. Die Katheter sind aus Kautschuk angefertigt, dessen Konsistenz ungefähr derjenigen der gewöhnlichen französischen Gummikatheter (mit Mandrin) gleichkommt. Die Spitze des Katheters ist halbkreisförmig gebogen oder trägt zwei bis drei winkelförmige Knickungen. Vor der Einführung in die Urethra werden dann diese Formen noch mit der Hand nach Belieben in beschränkteren Grenzen modifiziert. (*Lyon méd.* 1896. No. 13.)

C. Müller-Wallisellen.

Die subkutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von C. LAUNSTEIN-Hamburg. (*Centrabl. f. Chir.* 1896. No. 7.) Bei einem 81jährigen Patienten mit hochgradiger Prostatahypertrophie und cystitischen Beschwerden wurde die Durchscheidung des Samenstranges ausgeführt. Durch je einen Längsschnitt wurde in Narkose der Samenstrang freigelegt, isoliert, und nach Durchtrennung die Unterbindung der Gefäße ausgeführt. Vom Tage der Operation an spontane Urinentleerung, auch die Inkontinenz ließ einige Wochen später vollkommen nach. Nach der Operation starke Anschwellung der Hoden, verbunden mit umfangreicher Sugillation der Skrotalhaut, weiterhin Ödem des Penis, weshalb nachträglich beide Testikel enukleiert wurden, die beträchtlich geschwollen und stellenweise hämorrhagisch infarciert waren.

Nach diesem Eingriffe rasch fortschreitende Besserung.

Die Vermutung, daß die Durchtrennung des Vas deferens allein zur Erzielung der Rückbildung der Prostata ausreichen könne, bewog L. bei einem weiteren Prostatiker die subkutane Durchtrennung der Samengänge auszuführen. Der alte, schon sehr elende Patient starb einige Tage später, unabhängig von dem geringen Eingriffe.

Zur Fixierung des Vas deferens bediente sich L. einer ausgekochten Sicherheitsnadel, deren Spitze er oben an dem auseinandergezogenen, „platten“ Skrotum durch die Skrotalhaut ein-, hinter dem Vas deferens her und aus der Skrotalhaut wieder herausführte. Die Verschieblichkeit der durchtrennten Stücke des Vas deferens zeigt dem Gefühl deutlich, daß die Discission stattgefunden hat. Nach der Entfernung der Nadel tritt sofort eine Inkongruenz der äußeren Stiche und der Trennungsstelle des Vas deferens ein, die kleinen Hautwunden ziehen sich fast von selbst zusammen und bedürfen nur eines kleinen Verbandes.

Eine Wiedervereinigung des Vas deferens findet bekanntermassen auch nach zufälligen, unabsichtlichen Durchtrennungen niemals statt. H. Einhorn-München.

Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion des Vas deferens, von DUMSTREY (*Centrabl. f. Chir.* 1896. No. 18.) Ein Prostatiker,

65 Jahre alt, wurde durch beiderseitige Resektion des Vas deferens von seinen Harnbeschwerden befreit. Auffallend war aber der nach der geringfügigen Operation eintretende starke körperliche und geistige Verfall; denn der Patient erhielt seine frühere Frische nicht ganz wieder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hypertrophie der Prostata. Inkomplete Harnverhaltung. Resektion der Vasa deferentia. Heilung, von O. ZUCKERKANDL. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 27.) Die Resultate der Kastration und der Unterbindung der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie müssen einer strengen Kritik unterworfen werden. Eine Besserung der Harnentleerung ist nach Verfasser als Beweis für den Erfolg nicht anzuerkennen, da solche Besserungen auch sonst oft vorkommen. Eine völlig ungestörte Urinentleerung, eine völlige Beseitigung des Residualharnes muß verlangt werden, wenn man mit dem Erfolg zufrieden sein soll. So günstig endete der vom Verfasser operierte Fall, der lange Zeit schon wegen Impermeabilität der Urethra eine Bauchdeckenfistel trug. Es wurden 3 cm aus den Vasa deferentia beiderseits excidiert. Es trat starke Verkleinerung der Prostata ein, der Residualharn schwand ganz, so daß man 14 Tage später die Bauchdeckenfistel zuheilen lassen konnte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

PAVONE und FRASSI berichten über mehrere zum Teil sehr schwere Fälle von **Prostatahypertrophie**, welche durch Resektion der Vasa deferentia geheilt wurden. (*Policlinico* 1896. No. 8.)

C. Müller-Genf.

In einem Falle von **Prostatahypertrophie** erzielte LOUMEAU gar keinen Erfolg mit der **Resektion der Vasa deferentia**. Bei dem 69jährigen Patienten mußte außerdem die Cystotomia suprapubica ausgeführt werden wegen einer heftigen, durch einen Fremdkörper (Katheterstück) verursachten Cystitis. (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux.* 1896. No. 32.)

C. Müller-Genf.

Über die Resektion der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie, von HELFERICH. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 2.) An Stelle der Kastration empfiehlt Verfasser als kleine, leichte Operation, die oft denselben Effekt giebt, bei alten und schwächlichen Personen die Resektion des Samenleiters. Diese Operation läßt sich ohne Narkose in wenigen Minuten ausführen. Von einem kleinen Hautschnitt aus wird der Samenleiter stumpf isoliert, durch Zug am Nebenhoden abgerissen und dann oben abgeschnitten; die Länge des resezierten Stücks beträgt 8—12 cm.

F. Hahn-Bremen.

Über die Kastration bei Prostatahypertrophie, von CZERNY. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 16.) Nach den vielen empfehlenden Mitteilungen obiger Operation ist es interessant, auch einmal die Gegenpartei zu hören. CZERNY äußert erst eine Reihe theoretischer Bedenken, die den Erfolg der Kastration in Frage stellen, und teilt dann drei an der Heidelberger Klinik operierte Fälle mit, in denen der Erfolg ausblieb (einer starb an Pneumonie). Als Kontraindikation sieht er vor allem vorgeschrittene Cystopyelitis an, mit starken Altersveränderungen; vielleicht eignen sich frischere Fälle mit starker venöser Hyperämie besser. Verfasser empfiehlt statt dieser unsicheren, verstümmelnden, eingreifenden Operation lieber die galvano-kaustische Incision nach BOTTINI, die gute Resultate giebt und eventuell wiederholt werden kann.

F. Hahn-Bremen.

Zur Kastration gegen Prostatahypertrophie, von BORELIUS. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1896. No. 21.) Verfasser berichtet über einen 76 Jahre alten Kranken, bei dem wegen Prostatahypertrophie und dieselbe bedingten Blasenstörungen die beiderseitige Kastration ausgeführt wurde. Bei normalem Wundverlauf entwickelte sich

am 9.—10. Tage nach der Operation ein abnormer geistiger Zustand von Stupidität bei normaler Diurese und Temperatur, der etwa zwei Wochen anhält. Der Verfasser glaubt, daß es sich um eine spezifische Nebenwirkung der Operation handelt, auf die er hinweisen wollte. Daß wirklich dieser abnorme geistige Zustand in direktem Konnex mit der Kastration als solcher steht, bedarf aber doch wohl des Beweises. Der Erfolg der Operation war ein ausgezeichneter. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie, von F. CHARLTON. (*Brit. med. Journ.* 25. April 1896.) Der 77jährige Patient hatte seit 8 Jahren einen Katheter gebraucht, hatte seit 5 Jahren keine sexuelle Leistungsfähigkeit mehr wahrgenommen und war im ganzen durch den häufigen Urindrang, durch gelegentlichen Blutverlust, Schmerzen und Appetitlosigkeit sehr heruntergekommen. Nach verschiedentlich vergeblicher Behandlung wurden als letztes Mittel beide Hoden entfernt; auf der einen Seite wurde das Vas deferens in die gemeinsame Ligatur mit eingeschlossen, auf der anderen nicht. Auf ersterer Seite wurde nachher einiger Schmerz empfunden, und etwa 10 Tage lang schien es, als ob eine Geistesstörung sich entwickeln würde. Im übrigen war der Erfolg sehr befriedigend, und bei der letzten Untersuchung, 3 Monate nach der Operation, war auch die Prostata etwa um die Hälfte verkleinert. *Philippi-Remscheid.*

Vergebliche Kastration bei Prostatahypertrophie, von CHARLES B. KELSEY. (*Med. Record.* 23. Mai 1896.) 5½ Wochen nach der doppelseitigen Kastration starb der Patient an chronischer Nephritis. Die klinischen Erscheinungen der Prostatahypertrophie waren nicht im geringsten gebessert worden. H. T. BROOKS machte die pathologisch-anatomische Untersuchung der Prostata, deren makroskopischer und mikroskopischer Befund besonders genau angegeben ist. Es war nicht das geringste Zeichen von Atrophie oder Degeneration der Drüse vorhanden. *J. Appel - Altona.*

Bilaterale Kastration wegen Prostatahypertrophie, nebst Bericht über einen einschlägigen Fall, von CARL MEYER. (*Med. News.* 25. Januar 1896.) Bis zum Juli vorigen Jahres hatte WHITE bereits 111 Fälle dieser Operation gesammelt. Indem Verfasser einen weiteren durchaus erfolgreich verlaufenen Fall bei einem 70jährigen Manne ausführlich beschreibt, sucht er zugleich eine erschöpfende Erklärung der Physiologie des Vorgangs zu geben. Als das Wahrscheinlichste erscheint es ihm, daß durch die Kastration verschiedene Arterien und Venen zur Obliteration resp. Thrombosierung gebracht werden, und daß somit die Ernährung der Drüse direkt beschränkt wird. Ferner wird durch den Eingriff ein direkter Einfluß auf die Nerven der Plexus prostaticus und vesicalis, von welch' letzterem Äste zum Vas deferens abgehen, ausgeübt und es könne sehr wohl eine Verengerung der ernährenden Blutgefäße auf reflektorischem Wege erzeugt werden. Zur Bestätigung seiner Ansicht fügt Verfasser Abbildungen seiner mikroskopischen Präparate der extirpierten Hoden nebst Blutgefäßen bei. Gegenüber den anderen Behandlungsmethoden (Cystotomie, Prostatotomia suprapubica et perinealis, Galvanokaustik, Unterbindung des ganzen Samenstranges, subkutane Durchschneidung des Vas deferens) gilt ihm diese Methode bei richtiger Anwendung und bei geeigneten Fällen als bei weitem das beste Mittel. *Philippi-Remscheid.*

Sehr schwere Erstickungsanfälle bei einem an Prostatakrebs erkrankten Mann. Plötzlicher Tod während eines dieser Anfälle, von DUBUC. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Als der 66jährige Mann in die Behandlung des Verfassers kam, litt er bereits längere Zeit an einem zweifellosen großen Carcinom

der Prostata. Der Kräftezustand war noch erträglich, der Harndrang und die Harnverhaltung bedeutend, ließen sich aber durch die Behandlung bessern. Im Laufe der nächsten 11 Monate erlitt nun der Patient eine ganze Reihe von bedrohlichen Erstickungsanfällen, bis er endlich einem solchen erlag. DUBUC macht nun darauf aufmerksam, daß nicht etwa Urämie, sondern wahrscheinlich eine Embolie die Todesursache wurde. Der Harn zeigte nämlich nur Spuren von Eiweiß, hatte normalen Gehalt an Harnstoff, Nierencylinder fehlten. Andererseits sei leicht denkbar, daß krebsige Massen oder Blutgerinnsel in die Vena cava inferior und die rechtsseitigen Herzhöhlungen gelangten, von da in die Teilung der Lungenarterie, wiederholte Nachschübe konnten schließlich auch einen sehr großen, plötzlich gefährlichen Embolus erzeugen.

Neuhaus-München.

Über osteoplastisches Carcinom der Prostata, zugleich ein Beitrag zur Genese der perniziösen Anämie, von LUDWIG BRAUN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 12.) Den Einfluss, den maligne Tumoren auf die Blutzusammensetzung auszuüben vermögen, indem sich Metastasen in den blutbildenden Organen etablieren, illustriert der hier mitgeteilte Fall. Derselbe betrifft einen 64jährigen Mann, der unter den Erscheinungen einer „Anaemia gravis“, starker Knochenschmerzen, einer hämorrhagischen Diathese zu Grunde geht.

Im Blute findet man ausgesprochene Poikilocytose, kernhaltige rote Blutkörperchen, spärliche Geldrollenbildung, keine ausgesprochene Leukocytose. Häoglobingehalt nach FLEISCHL 30%.

Die Sektion ergibt als den wichtigsten Befund ein Carcinom der Prostata mit zahlreichen Metastasierungen im Knochenmark, das fast ganz geschwunden war. Der primäre Tumor in der Prostata hatte an sich keine Symptome gemacht, die gestörte Blutbildung infolge der Erkrankung des Knochenmarks beherrschte das Bild, welches demjenigen der perniziösen Anämie glich. Für die Auffassung der letzteren als selbstständige Erkrankung ist dieser Fall sehr lehrreich, durch den das Gebiet der essentiellen perniziösen Anämie wiederum eingeeignet wird. Der Verfasser glaubt aber auf Grund der sehr eingehend geschilderten Blutbefunde, daß man an der Hand derselben die deuteropathischen von den essentiellen Formen wird abgrenzen können.

Jessner Königsberg i. Pr.

Blennorrhoe und Komplikationen.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 30) berichtet HELLER über **experimentelle Blennorrhoe bei neugeborenen Kaninchen**. Ausgehend von der Thatsache, daß die Conjunctiva kleiner Kinder für den Gonococcus hochempfindlich ist, versuchte H. die Conjunctiva eben geborener Kaninchen mit Gonokokken-Reinkulturen zu infizieren. Er erzielte in fast allen Fällen ein positives Resultat. Die Kokken erwiesen sich mikroskopisch als echt: einigemal fand sich intracelluläre Lage; einmal gelang auch eine Gonokokken-Reinkultur aus einer derartigen Blennorrhoe.

In der Diskussion zweifelt MAX WOLFF die Echtheit der HELLERSchen Präparate an: er ist nicht überzeugt, daß die von HELLER erzeugte Blennorrhoe identisch mit der menschlichen Blennorrhoe sei.

F. Hahn-Bremen.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Weibes, von H. SCHULTZ.¹ (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXVI. Heft 1 u. 2.) Diskussion, gehalten in der K. Ung. Ärztesgesellschaft zu Budapest am 7. März 1896.

¹ S. diese Zeitschrift Bd. XXIII, pag. 374.

Doc. DIRNER: Die Gonokokkenuntersuchung der weiblichen Sekrete in Hospitälern ist eine wichtige, anders steht die Sache bei der Untersuchung der Prostituierten, da ist dieselbe kaum durchführbar, indem dazu einerseits eine genaue Fachkenntnis und große Übung erforderlich ist, andererseits ist dieselbe sehr zeitraubend, denn die Gonokokkenuntersuchung hat nur dann einen Wert, wenn das Sekret der Vulva, Urethra, Vagina, Cervix und Uterus untersucht wird. Die Aufgabe des Polizeiarztes sei daher, die Prostituierten selbst bei geringstem Verdachte ins Hospital zu schicken. Was die Therapie anlangt, konnte er mit dem Argentamin nicht dieselben glänzenden Resultate erreichen, die Intrauterinbehandlung mit der BRAUNschen Spritze muß er verwerfen, indem sich bei einem Falle auf 10%ige Lapiseinspritzung starke Koliken und perimetritische Erscheinungen einstellen.

Dr. BÄCKER kann mit Vortragenden nicht übereinstimmen, indem derselbe nur jene Prozesse als Blennorrhoe betrachtet, wo Gonokokken nachgewiesen werden können, und wenn dieselben nicht mehr nachweisbar sind, so wäre die Blennorrhoe als geheilt zu betrachten, auch mit dem nicht, daß Verfasser bei Untersuchung auf Blennorrhoe die mikroskopische Untersuchung der klinischen vorzieht. Die neuesten Untersuchungen haben erwiesen, daß die Blennorrhoe einen ascendierenden Charakter hat und sich in den erreichbaren Teilen des Genitaltraktes zurückbilden kann, währenddem sich dieselbe in den Tuben und Ovarien festnistet. In dem Sekrete der chronischen Blennorrhoe sind die Bakterien in solch' minimaler Anzahl, — wie dies auch durch WERTHEIM bewiesen — daß deren Nachweis bloß auf kulturellem Wege erbracht werden kann. Andererseits können die Gonokokken in die Tiefe wandern, selbst in die Muskelsubstanz, und so ist der negative Befund kein genügender Nachweis der Infektionslosigkeit. Was die Prognose anlangt, glaubt er nicht, daß die Blennorrhoe in einigen Wochen geheilt werden kann, und hatte stets die Impression in den Fällen, die heilten, daß dieselben durch die Zeit selbst geheilt sind. Die Exaktheit der Therapie der weiblichen Blennorrhoe leidet auch darunter, daß man alle Schlupfwinkel (hauptsächlich die Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen und die um die Harnröhre sich befindlichen Lakunen) nicht genügend erreichen kann. Wenn der Prozeß bereits das Endometrium und die Tuben ergriffen hat, so ist die Behandlung eine illusorische, indem von den Tuben aus stets eine Reinfektion stattfinden kann. Im übrigen ist nicht anzunehmen, daß mit der BRAUNschen Spritze etwas Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle gelangen kann, sondern glaubt aber, daß die hervorgerufenen Kontraktionen Sekret von den Tuben in die Bauchhöhle pressen und so die Pelveoperitonitiden verursacht werden, wie man das auch bei den übrigen Intrauterinbehandlungen beobachten kann. Bei akuten Adnexerkrankungen ist bloß die palliative Behandlung, bei den chronischen die Massage am Platze, und wenn diese auch im Stiche lassen und die Kranke arbeitsunfähig wird, so ist der operative Eingriff indiziert, obzwar die Resultate bis jetzt nicht die günstigsten waren.

Prof. TAUFFER steht auch auf dem Standpunkte, daß der negative Befund nicht gegen Blennorrhoe spricht. Was die Heilbarkeit der Blennorrhoe anlangt, kann er nicht BÄCKER zustimmen. Ist die Blennorrhoe eine akute, so ist die lokale Behandlung nicht am Platze, sondern lauwarne Sublimatinjektionen angezeigt. Wenn nun das akute Stadium vorüber ist, wird die Schleimhaut der Vagina mit 5%iger Chlorzinklösung ausgewischt und mit Jodoformgaze ausgefüllt. Dieses Verfahren wird in seiner Klinik durchgeführt, in 4—5tägigen Intervallen noch 2—3 mal wiederholt und dann werden Lapislösungen angewendet. Er kennt viele Frauen, die vor Jahren so behandelt wurden und bei denen keine Recidive eintraten. Die Heilbarkeit der Blennorrhoe ist bis zur gewissen Ausbreitung eine bestimmte. Aber selbst bei Übergreifen auf das Endometrium ist die Blennorrhoe auch in nicht seltenen Fällen

heilbar, wie dies jene Fälle beweisen, bei denen sich eine normale Decidua wieder bildete, mit normalen Schwangerschaften und Geburten verliefen, ein Zeichen, daß gänzliche Heilung erfolgt ist. Bei Übergreifen auf die Tuben ist wohl nur ein zeitweiliges Resultat zu erzielen, und daselbst hat die Massage die größte Bedeutung. Es ist mit Freude zu konstatieren, daß der Furor operativus in Gegenwart von Adnexerkrankungen bei uns nicht durchgegriffen hat, und da spielt natürlich die gesellschaftliche Stellung der Kranken die größte Rolle. Was die Radikaloperation anbelangt, soll der blennorrhöisch erkrankte Uterus mitextirpiert werden und ist dessen Zurücklassen ein ungerechtfertigter Konservatismus.

Dr. TEMESVÁRY kann dem auch nicht beipflichten, daß der negative Befund ausschlaggebend wäre. Und selbst dort, wo Gonokokken gefunden werden, sollte auch der kulturelle Nachweis geführt werden, indem auch bei anderen Prozessen und in verschiedenen Geweben gonokokkenähnliche Bakterien gefunden wurden. Der 2—3-malige negative Befund ist nicht genügend zum Nachweis des Verschwindens der Blennorrhoe, denn noch nach weiteren Untersuchungen werden noch Gonokokken in vielen Fällen nachgewiesen, die dann das erste Resultat leicht stürzen. Die weibliche Blennorrhoe hat gewisse pathognomonische Zeichen (eiterige Urethritis, doppelseitige chronische Bartholinitis, eiterige Endometritis, Adnextumoren), die ebensolche diagnostische Werte haben, wie der Gonokokkennachweis. Die Therapie der Endometritis wird insofern modifiziert, je nachdem die Kranke ambulant oder im Hospitale behandelt wird. Die BRAUNsche Spritze ist, ambulant benutzt, ein gefährliches Instrument. Im Hospitale ist die geeignetste Methode die vorherige Dilatation des Muttermundes mit nachfolgender Ausspülung der Uterushöhle (SCHULTZESches Verfahren).

Doc. RÔNA: Es ist heute eine unleugbare Thatsache, daß der positive Gonokokkenbefund einen diagnostischen Wert besitzt. Die Vaginitis blennorrhöica wurde noch vor zehn Jahren sehr häufig diagnostiziert, seitdem die Gonokokkenuntersuchung eingeführt wurde, ist es bekannt, wie selten diese Erkrankung ist und zumeist bei frisch Deflorierten, bei Schwangeren und bei Kindern vorzukommen pflegt. Vom Standpunkte der polizeiärztlichen Kontrolle ist es unter den derzeitigen Verhältnissen schwer zu verlangen, daß der Polizeiarzt in der Wohnung der Prostituierten mikroskopische Untersuchungen mache. Darum würde Redner beantragen, daß solche Polizeiarzte angestellt werden, die sich speziell mit der Kontrolle der Prostituierten befassen, und die nur dann die Sekrete mikroskopisch untersuchen sollen, wenn makroskopisch-pathologische Veränderungen nicht nachweisbar sind. In der Privatpraxis wäre es wünschenswert, daß auf Gonokokken in jedem Falle untersucht werde. Eine infolge der Uterinbehandlung verursachte Peritonitis konnte Redner nie beobachten. Es ist eine tägliche Erfahrung, daß die männliche Blennorrhoe in der Mehrzahl der Fälle bestimmt heilt, warum sollte da auch die weibliche Blennorrhoe nicht heilbar sein? Die erkrankten Lakunen pflegt er mit Argent. nitr.-Einspritzungen zu behandeln, in welche eine feine Pravaznadel eingeführt wird; die Bartholinischen Drüsenausführungsgänge werden aufgeschlitzt.

Dr. FELEKI: Bei der männlichen Blennorrhoe ist eine Urethritis bekannt, wo Gonokokken nicht gefunden werden können, und die Pseudoblennorrhoe genannt wird; die Augenärzte kennen auch eine Pseudoblennorrhoe der Konjunktiven; Redner glaubt annehmen zu können, daß die Gynäkologen sich mit dieser Frage nicht befassen, worauf er deren Aufmerksamkeit lenken möchte.

Dr. SCHULTZ bemerkt in seinem Schlussworte, die Gonokokkenuntersuchung hat schon darum eine praktische Bedeutung, weil die als Blennorrhoe scheinenden Prozesse ohne diese Untersuchung nicht konstatiert werden können; andererseits können wir häufig die Blennorrhoe nicht unterscheiden, wo doch eine solche vorhanden ist. Bei

der polizeiärztlichen Kontrolle der Prostituierten wäre eben eine ideale Prophylaxe in der mikroskopischen Untersuchung zu finden. Bei den mit Argentamin behandelten Fällen sind nicht nur die Gonokokken verschwunden, sondern das Sekret wurde auch bedeutend vermindert und glasfarbig. Der dreimalige negative Befund scheint ihm genügend zu sein, selbst NEISSER verlangt nicht mehr. Auch konnte er infolge der BRAUNschen Spritze keine peritonitischen Erscheinungen beobachten und es waren gewiß Adnextumorenfälle, bei denen die Symptome verschwunden sind und der Prozeß zum Stillstande gebracht wurde. Er negiert die Reinfektion des Uterus seitens der Tuben, indem bei den blennorrhöisch erkrankten Tuben sich zuerst das Ostium uteri schließt. Die Prognose der weiblichen Blennorrhoe ist bei weitem nicht so schlecht, indem die mindere Zahl der Fälle unheilbar ist. Das Argentamin kann er noch einmal wärmstens anempfehlen. Mit der Pseudoblennorrhoe wollte sich Verfasser derzeit nicht beschäftigen; in der Gynäkologie werden sehr viele derartige Fälle beobachtet, deren Nomenklatur aber eine andere ist. *A. Aschner-Budapest.*

Über die **latente Blennorrhoe des Weibes**, von PRYOR. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Eine beachtenswerte statistische Arbeit, welcher wir folgende Notizen entnehmen:

Die latente Blennorrhoe ist nach PRYOR bei der Frau in wahrhaft erschreckenden Verhältnissen vorhanden. Es genügt ein Trauma oder eine Herabsetzung der Gewebswiderstandsfähigkeit, wie z. B. Entbindung, Kolporrhaphie etc., um dem geschwächten Mikrobion seine ganze frühere Gefährlichkeit wiederzugeben, d. h. eine Steigerung der latenten Krankheit wieder hervorzurufen. Sie wird dann ansteckungsfähig für Mann und Nachkommenschaft.

Der Gonococcus bevorzugt im latenten Zustande hauptsächlich die acinösen Drüsen des Gebärmutterhalses und der Vulva.

PRYOR untersuchte mit dem Mikroskope die Absonderungen der Harnröhre, Scheide und des Uterus bei 197 öffentlichen Mädchen, wie sie zufällig sich darboten. Hierbei fertigte er von diesen 197 Fällen 600 mikroskopische Präparate an und fand:

1. Gebärmutterhals: Gonokokken in 31,3%. Nur in 2 dieser Fälle fand sich ein deutlicher eiteriger Ausfluß, in 17 Fällen fehlten alle klinische Zeichen.

2. Scheide: Unter 197 Frauen gewährten 180 eine Scheidenabsonderung. Diese enthielt eine reiche bakterielle Flora, aber nur einmal fand sich der Gonococcus als Reinkultur, 6 mal zusammen mit anderen Bakterien. 74 mal unter 180 Fällen fand sich überhaupt kein Mikrobion.

3. Harnröhre; 112 Frauen haben Gonokokken, aber nur in 21 Fällen ist eiterige Absonderung nachweisbar. In 61 Fällen ist klinisch nicht die geringste Spur des Leidens aufzufinden.

Begnügt man sich damit, nur den oberflächlichen cervikalen Ausfluß zu untersuchen, so läßt sich der Gonococcus nur 9,5 mal in 100 Fällen nachweisen, kratzt man jedoch das Collum uteri aus und untersucht das Produkt dieser Auskratzung, so trifft man den Gonococcus 54 mal auf 100 Fällen von Cervikalblennorrhoe. PRYOR nimmt daher an, daß die meisten Fälle von eiteriger Urethritis und Endometritis colli dem Gonococcus ihre Entstehung verdanken.

53 Frauen wurden durch 5 Monate zur Beobachtung behalten, nach Ablauf dieser Zeit fand man den Gonococcus im Collum uteri noch bei 75%.

Neuhaus-München.

Die Blennorrhoe beim Weibe und ihre Behandlung, von J. C. CARRICK. (*Amer. pract. and news.* 25. Juli 1896.) Schilderung der Symptomatologie der Erkrankung

in gewöhnlicher Weise. Zur Behandlung der akuten Urethritis werden tägliche Injektionen von 2%iger Argentumlösung empfohlen, am besten bei mäßig gefüllter Blase; nach eingetretener Besserung Verminderung der Konzentration auf 1%. — Vulvitis blennorrhoea: Abwaschen mit lauwarmem Wasser, Applikation von 2—4%igen Argentum nitricum-Lösungen, täglich; Jodoformgazetamponade der Vagina. — Vaginitis blennorrhoea: Gründliche Reinigung nach Speculumeinführung, Ätzung mit 4—5%iger Höllensteinlösung; Jodoformgazetamponade alle 3 Tage. — Endometritis blennorrhoea: Dilatation der Cervix, Ausspülungen mit Kaliumpermanganatlösung 1—2‰; Curettement; Entfernung der Gewebsetsen mit Borsäurespülungen; Tamponade.

H. Einhorn-München.

Beitrag zur Lehre der infektiösen Vulvovaginitis bei Kindern mit Bemerkungen über die Ophthalmoblennorrhoe, von H. B. SHEFFIELD. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 22.) In einem Waisenasyl waren die Mädchen in einem neu-eingerichteten Baderaum zu 20 bis 30 zu gleicher Zeit gebadet worden. Dieses gemeinsame Bad war die Veranlassung zur Erkrankung von 65 Kindern an Vulvovaginitis, deren Spezifität in allen Fällen durch die bakteriologische Untersuchung festgestellt wurde. Nur bei 13 Fällen traten ernstere Symptome auf, die übrigen 52 verliefen fast ohne subjektive Beschwerden. Vier Kinder acquirierten eine Ophthalmoblennorrhoe; die übrigen wurden tagsüber in einer Weise bandagiert, daß die Berührung der Genitalien unmöglich war, während der Nacht wurden die Augen mit einer dünnen Wattelage bedeckt und verbunden. Ferner wurden 2 Knaben wahrscheinlich durch Wäsche infiziert. Die Dauer der Erkrankung betrug 4 Wochen bis 4 Monate; das unverletzte Hymen verhindert den Eiterabfluß.

H. Einhorn-München.

Über einen Fall von Rheumathritis blennorrhoea bei einem neugeborenen Kinde, von ESTHER M. TYRRELL. (*Med. News.* 7. März 1896.) Eine 21jährige Negerin mit eiterigem Ausfluß aus der Urethra gebar in der Klinik ein gut entwickeltes, gesundes Kind. Trotz sorgfältiger Verhütungsmafsregeln jeglicher Art trat am vierten Tage post partum eine intensive, jedenfalls blennorrhoeische Entzündung beider Augen ein. Nach weiteren vier Tagen wurde eine Schwellung beider Handgelenke bemerkt, die Haut war ödematös und glänzend und das Kind fühlte sich offenbar unbehaglich. Allmählich erstreckte sich die Schwellung von den Fingerspitzen bis zu den Ellenbogen, doch heilte alles unter geeigneter Behandlung (10% Ichthyol mit Unguentum belladonnae) im Laufe von fünf Tagen ab und auch die Augen wurden gerettet.

Philippi-Remscheid.

Blennorrhoe des Rectum, von J. A. MURRAY. (*Med. News.* 7. März 1896.) Eine 28jährige verheiratete Frau kam mit Symptomen von Dysenterie, häufiger blutiger Stuhl, Tenesmus, leichtes Fieber u. s. w., in Behandlung. Bei der tags darauf vorgenommenen Untersuchung fand sich die Rectumschleimhaut sehr entzündet mit starkem schleimig-eiterigen Sekret bedeckt, empfindlich und etwas prolabierte. Labien und Nymphen auch entzündet, kein Ausfluß aus der Vagina. Im Rectalsekret massenhaft Gonokokken. Es stellte sich beim weiteren Nachforschen heraus, daß der Irrigator mit der die sonst an Obstipation leidende Patientin sich täglich ein Klystier gab, von ihrem an akuter Blennorrhoe leidenden Dienstmädchen benutzt worden war. Nach längerer Behandlung gelang es, die Mastdarmkrankheit schliesslich zur Heilung zu bringen.

Philippi Remscheid.

Über die Rectalblennorrhoe der Frauen, von BAER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 8.) Verfasser sah an HERXHEIMERS Abteilung des Krankenhauses unter 191 an Blennorrhoe erkrankten Puellis 67 Mal Rectalblennorrhoe, also einen sehr erheb-

lichen Prozentsatz. Dafs diese Erkrankung früher nicht häufiger gefunden wurde, erklärt Verfasser daraus, dafs man nicht darnach gefahndet hat. Man wird sie eben häufiger finden, wenn man prinzipiell jede Blennorrhoea mit dem Spiegel untersucht (Verfasser bevorzugt das dreiteilige Mastdarmspeculum von LANES). Zu bemerken ist, dafs sämtliche Fälle mikroskopisch sichergestellt sind. Das Zustandekommen der Affektion erklärt sich durch widernatürlichen Coitus, durch Durchbruch resp. Kommunikation eines blennorrhoeisch erkrankten Organs mit dem Rectum, durch Überfließen blennorrhoeischen Sekrets nach dem Mastdarneingang. Subjektive Symptome macht die Erkrankung sehr häufig gar nicht, spitze Kondylome oder Ekzem um den Anus fanden sich nur selten. Öfters fand sich ein Geschwür am Übergang der Haut in die Schleimhaut. Die Schleimhaut war stark gerötet, glänzend, zu Blutungen geneigt, die Menge des Sekrets sehr verschieden. Störungen des Stuhlgangs waren nicht vorhanden. Die Behandlung bestand in Bor- und Argentaminspülungen, Betupfen der Erosionen mit 2%iger Argentaminlösung. *F. Hahn-Bremen.*

In der Diskussion über den Vortrag von BRÖSE **Über diffuse blennorrhoeische Peritonitis** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 12) bemerkt KIEFER, dafs in den beiden vom Vortragenden gezeichneten Fällen er das Bestehen einer diffusen blennorrhoeischen Peritonitis nicht anerkennen könne, da die blennorrhoeische Infektion des ganzen Peritoneums bakteriologisch nicht nachgewiesen ist. Er selbst hat 11 Fälle von während der Laparotomie geplatzter blennorrhoeischer Pyosalpinx gesehen; in 10 Fällen wurden Gonokokken auch kulturell nachgewiesen. Dennoch entstand keine diffuse Peritonitis. Fünf von den Fällen hatten gar keine, die übrigen nur geringe Temperatursteigerungen. Ein wirklicher einwandfreier Fall von diffuser blennorrhoeischer Peritonitis ist bisher nicht konstatiert.

G. LEWIN betont die Seltenheit der blennorrhoeischen Peritonitis, er hat sie in mehreren Jahren nicht gesehen, trotzdem die Klinik einen täglichen Bestand von 150—200 Frauenzimmern aufweist.

A. BAGINSKY hat bei einem 12jährigen Mädchen im Anschlufs an eine Vulvovaginitis mit Gonokokken und Staphylokokken eine diffuse, tödlich verlaufene Peritonitis gesehen.

DÜHRSEN betont die Wichtigkeit des von BRÖSE gezeichneten Krankheitsbildes, das man vorsichtigerweise vielleicht besser mit Peritonitis bei Blennorrhoe bezeichnen kann. Er hat zwei Fälle bei frisch infizierten Frauen gesehen, die verhältnismäfsig schnell heilten. Die Annahme von KIEFER, dafs gerade ein geplatzter Pyosalpinx leicht diffuse Peritonitis erzeugen müsse, kann er nicht billigen, da gerade in diesen schleichender verlaufenden Fällen eine Abkapselung leichter zu stande kommt.

L. LANDAU glaubt nicht, dafs es dem Verfasser gelungen ist ein ganz charakteristisches Bild einer blennorrhoeischen Peritonitis zu zeichnen, denn das Bild der Peritonitis ist nicht nach dem ätiologischen Moment ein verschiedenes. Die mannigfachen Ursachen können Peritonitis erzeugen, ohne dafs wir diese Ursachen immer zu erkennen vermögen.

BRÖSE will nicht behaupten, die blennorrhoeische Entstehung bakteriologisch bewiesen zu haben, aber er glaubte doch die Aufmerksamkeit auf derartige Fälle lenken zu müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata,
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europen, Acid. boric.
pulv. a. p. aequ.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

J O D O L

D. R.-P. 35130.

Bester Jodoformersatz — geruchlos und nicht giftig. Mit Erfolg angewandt gegen syphilitische Erkrankungen aller Art und empfohlen durch erste Autoritäten.

Alleinige Fabrikanten

Kalle & Co., Biebrich a/Rh.

Zu beziehen

in Originalverpackung durch alle Drogenhäuser und Apotheken.

Argonin

bewährtes Mittel gegen Gonorrhoe.

Argonin wurde von einer Reihe angesehener Dermatologen geprüft. Es ist **das einzige Mittel**, welches in **kurzer Zeit** die **Krankheitserreger der Gonorrhoe beseitigt**, ohne die Schleimhaut der Harnröhre zu reizen. **Völlig unschädlich, schmerzlos.**

Anleitung zur Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin sowie Proben stehen Aerzten und Apothekern gratis zur Verfügung.

[401.]

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Verlag von **Leopold Voss in Hamburg.**

Ärztlicher Ratgeber

für Schiffsführer.

Mit Genehmigung des Hamburgischen Medicinalkollegiums
bearbeitet und herausgegeben von

Dr. med. Meinhard Schmidt,

Amtsphysikus in Ritzbüttel (Cuxhaven).

Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage.

Mit neun Abbildungen.

Preis M. 3.—.

Tannoform

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form
von Streupulver, 10%iger Seife und 10%iger Salbe ein ausser-
ordentlich wirksames Mittel gegen

**Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden,
Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.**

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen
Darmkatarrhen in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich
liefert

E. Merck

Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Staatsmedaille f. gewerbl. Leistungen 1896.

Benno Jaffé & Darmstädter,

Lanolin-Fabrik, Martinikenfelde b. Berlin.

Lanolinum puriss. Liebreich.

Lanolinum puriss. Liebreich anhydricum

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

Neuheit! **Adeps lanae puriss. BJD cum aqua, weiss.**

Adeps lanae puriss. BJD anhydricus, hellgelb.

Adeps lanae BJD cum aqua.

Adeps lanae BJD anhydricus

fettsäurefrei, **manganfrei**, frei von jeder Klebrigkeit.

Sämmtliche Qualitäten werden

absolut geruchfrei!

geliefert und entsprechen selbst den hochgespanntesten Anforderungen.

Lanolin-Cold-Cream zur Massage

Marke „Pfeilring“.

Lanolin-Toilette-Cream-Lanolin

Marke „Pfeilring“ in Dosen und Tuben.

Mitteilungen

aus den

Hamburgischen Staatskrankenanstalten

herausgegeben von

Professor Dr. LENHARTZ, Director des Alten Allgemeinen Krankenhauses,
Professor Dr. RUMPF, Director des Neuen Allgemeinen Krankenhauses,
sowie den Ärzten der Anstalten

unter Redaction von

Professor Dr. RUMPF in Hamburg - Eppendorf.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Die *Mitteilungen* Band I bilden gleichzeitig den wissenschaftlichen Teil der *Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten* Band V.

Die *Mitteilungen* erscheinen in zwanglosen Heften.

Inhalt von Heft 2:

- Die Anwendung des permanenten Wasserbades im Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf. Von Dr. GUSTAV ZUSCHLAG. S. 113.
- Ein Fall von congenitalem Defect des Fusses. Von Dr. JANZ. (Mit 2 Abbildungen im Text.) S. 133.
- Chirurgische Erfahrungen über Gallensteinerkrankung und ihre Behandlung durch die ideale extraperitoneale Operationsmethode. Von Dr. HERMANN KÜMMELL. S. 137.
- Ein Fall von multiplem Muskel-Echinococcus, combinirt mit Eingeweide-Echinococcen. Von Dr. SCHOLTZ. S. 166.
- Über den Prolaps der weiblichen Urethra. Von Dr. SCHOLTZ. S. 173.
- Zur chirurgischen Behandlung der Kleinhirntumoren. Von Dr. JANZ. S. 180.
- Ein casuistischer Beitrag zur Frage der activen und passiven Diphtherie-Immunität. Von Dr. BERTELSMANN. S. 189.
- Über die Behandlung der Oberschenkelbrüche mit Gehverbänden. Von Dr. H. GRAFF. S. 194.
- Ein Fall von Distoma haematobium Bilharzii der Blasenwand. Von Dr. A. MEINECKE. (Hierzu Tafel III.) S. 209.
- Beiträge zur Lehre von der Endocarditis. Von Dr. FLOCKEMANN. S. 212.
- Seltenere Fracturen in Röntgenscher Durchleuchtung. Von Dr. GOCHT. (Mit 10 Abbildungen im Text.) S. 241.

Preis des zweiten Heftes M. 4.50.

Bestellungen nehmen die meisten Buchhandlungen des In- und Auslandes an, ebenso die Verlagsbuchhandlung von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Leicht lösliches
Adstringo-Antisepticum,
wirksam bei eiternden
Wunden, Abscessen,
Höhlenwunden, bei En-
dometritis gonorrhoea,
einfachem Fluor, bei
acuten oberflächlichen,
wie chronisch-infiltrirten
Hautentzündungen
etc. etc.

ALUMNOL

(patentirt und Name
geschützt)
(Dr. Heinz & Dr. Liebrecht.)

Geschlechtliche
Krankheiten.
Hautkrankheiten.
Ohrenleiden.

Geruchloses Wundheilmittel.
in den meisten Fällen Jodoform
ersetzend.

Ausserlich: Ein anstrock-
nendes, die Wundheilung beför-
derndes Trockenantisepticum.
Ungiftig. Streupulver verdünnt
oder mit Amylum aa. Salben.
Dermatol-Colloidum-Emulsion.
Fussstreupulver. Dermatolgaze.

Innerlich: Bei Magen- und
Darmerkrankungen. Nach Prof.
Colasanti (Rom) das beste und
sicherwirkendste Antidiarrhoi-
cum der Neuzeit; drei- oder
viermal täglich ein Gramm oder
eine kleine Messerspitze.

DERMATOL
(Dr. Heinz &
Dr. Liebrecht.)

Wunden.
Nässende Hautaffectionen.
Aufreibungen, nässende
Stellen, Wundsein der
Frauen und Kinder,
Wolf etc.
Diarrhoe.

Loretin - Natrium

leicht wasserlöslich, zum
Ausspülen eiternder
Wundflächen u. Höhlen-
wunden, bei Gonorrhoe
etc., zu Gurgelungen bei
Mund- und Rachenaffek-
tionen, zur Anlegung
feuchter Verbände.

Loretin

(patentirt und Name geschützt)

(Jodoxychinolinsulfosäure)
und seine Salze sind
absolut ungiftig, geruch- u. reiz-
los; von höchst antisept. Wirkung.
Beste Ersatzmittel für Jodoform.
Loretingaze kann, ohne
an ihrer Wirksamkeit zu
verlieren, bis auf 180°
erhitzt, also vollkommen
sterilisirt werden.

Loretin - Wismut

unlöslich in Wasser, in
der chirurgischen Praxis,
speciell bei Augen-Er-
krankungen u. innerlich
als Magen- und Darm-
desinficienz mit hervor-
ragendem Erfolg ange-
wandt.

Sanoform ein neues Ersatzmittel für JODOFORM

(zum Patent angemeldet und Name geschützt).

Erfindung von Dr. A. GALLINEK und Dr. E. COURANT.

Herr Dr. med. Alfred Arnheim, Berlin, resumirt seine Beobachtungen über Sanoform wie
folgt: „Wir haben in dem Sanoform zweifellos ein zuverlässiges Ersatzmittel des Jodoforms für
die Behandlung frischer und eitriger Wunden und der Ulcera genitalia. Das Medicament steht in
Bezug auf die Heilwirkung dem Jodoform nicht nach, ist diesem jedoch überlegen insofern, als es
im Gegensatz zu diesem völlig geruchlos, ungiftig ist und keinerlei locale und allgemeine Intoxi-
cations-Erscheinungen hervorruft.“

Literatur über vorstehende Präparate u. Proben stehen auf Wunsch gratis zur Verfügung.

Alleinige Fabrikanten:

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Vasogen



emulgierende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind **Lösungsmittel** für verschiedene Medicamente, wie **Jodoform**, **Jod** etc. Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äusserlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (durch Harn-Analysen erwiesen) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 $\frac{1}{2}$ u. 3 $\frac{0}{10}$,	Jod 3, 6 u. 10 $\frac{0}{10}$,	Kreosot 5, 20 u. 33 $\frac{1}{3}$ $\frac{0}{10}$,
Guajacol 20 $\frac{0}{10}$,	Ichthyol 10 $\frac{0}{10}$,	Creolin 15 u. 5 $\frac{0}{10}$,
Eucalyptol 20 $\frac{0}{10}$,	Salicyl 2 $\frac{0}{10}$,	Menthol 25 u. 2 $\frac{0}{10}$ etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgierende und die meisten Medicamente lösende oder in feinster Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die überaus leicht von der Haut resorbirbaren 33 $\frac{1}{3}$ und 50% **Hg.-Vasogensalben** sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Chemische
Rhenania



Fabrik
Aachen.

Nosophen.

Ungiftiges geruch- und reizloses
Antisepticum, austrocknend, granu-
lationsbildend.

Nosophengaze sterilisirbar.

Antinosin.

Wundheilmittel bei phlegmonösen
Processen, Ulcus molle etc. in
Lösungen bei Gonorrhoe, Cystitis
etc.

Amyloform.

Chemische Verbindung von Formaldehyd mit Stärke.

Absolut unschädlich, geruchlos und nicht reizend. Zersetzungshindernd, Secretionshemmend. Spaltet unter Einfluss von Wund- und Körpersecreten freien Formaldehyd ab. Wegen voll-
ständiger Resorption des Amyloforms ist Borkenbildung und damit verbundene Retention aus-
geschlossen. Bei starker Secretion ist für genügende Erneuerung des Amyloform zu sorgen.

10% Amyloformgaze { sterilisirbar, zur Tamponade
grosser Körperhöhlen vorgezogen.

Substanzprospecte und Literatur gratis
zur Verfügung der Herren Aerzte.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

für

Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von Dr. P. TAENZER in Bremen

redigiert von

Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Jeden Monat erscheinen zwei Hefte im Umfange von etwa je 3 Bogen. 12 Hefte bilden einen Band, dem Sach- und Namenregister, sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis des Bandes 15 Mark. — Man abonniert bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

— Postzeitungsliste 1897: No. 4763. —
Um eine möglichst schnelle und vollständige Berichterstattung zu erreichen, wird um gefällige Einsendung aller **Separatabzüge, Dissertationen, Monographien** u. s. w. sogleich nach Erscheinen an die Adresse der Redaktion oder durch Vermittelung der Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in Hamburg, Hohe Bleichen 34, ergebenst ersucht. *Rascheste Berichterstattung wird denjenigen Arbeiten zu teil, welche — außer an die Redaktion — auch direkt an den Leiter des Referaten-Teiles Herrn Dr. med. Paul Taenzer in Bremen, Kaiser Wilhelm-Platz 1, eingesandt werden.*

Unter staatlicher und ärztlicher Controle.

Empfohlen von den Universitäts-Professoren **Dr. Braun, Chrobak, Kaposi, Neumann etc. etc. etc.**

Wirksamstes

Eisen-Arsen-Wasser

gegen:

Blutarmuth. Frauenkrankheiten,
Nerven- und Hautkrankheiten
etc.

Verkauf durch:

Heinrich Mattoni in Wien und Franzensbad.**Mattoni & Wille** in Budapest, und in allen Apotheken.

Inhalt:

Originalabhandlungen. Zur Epithelfaserfrage. Von S. EHRMANN. S. 549. — Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten. Von THOMAS SECCHI. S. 554.

Aus der Praxis. Ein Fall von Alopecia universalis. Von M. GOLDFARB. S. 563.

Versammlungen. Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau. S. 565. — Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest. S. 566.

Fachzeitschriften. The British Journal of Dermatology. Januar, Februar, März 1897. S. 570. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1897, No. 2. S. 574.

Mitteilungen aus der Litteratur. Pharmakologie. S. 577. — Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates. S. 582. — Blennorrhoe und Komplikationen. S. 593.

Verschiedenes. J. SELENOW, Die Bedeutung der Dermatologie. S. 595. — J. L. BEYER, Die Behandlung frischer Finger- und Handverletzungen. S. 595. — N. DE DOMINICIS, Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Nebennieren. S. 596. — J. F. ERDMANN, Hauttransplantation nach KRAUSE bei den plastischen Operationen im Gesicht. S. 596.

HENRI FEULARD †. S. 596.

Äiodin 578.

Äirol 578.

× Albuminurie, Cyklische 585.

Albumosurie 585.

Alopecia universalis 563.

× Antistreptokokken-Serum, Bereitung des 581.

Atresia hymenalis congenita 591.

Ausscheidungen im Urin während des akuten Gichtanfalls, mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure 588.

Blase, Gänzliche Exstirpation wegen einer diffusen Geschwulst in der 575.

Blasenentzündungen bei der Frau, Über die hartnäckigen 575.

× Blasen-Scheidenfistel, Spontanheilung einer 591. Blastomyceten, Über die pathogene Wirkung der; ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten 554.

× Blennorrhoe, Abortivbehandlung 593.

— Behandlung der akuten 593.

— Behandlung nach Janet 593.

— Behandlung mit Äirol 594.

— Radikale Behandlung der chronischen 594.

Bromexanthem oder Erythema hydra? 568. ×

Bubonen, Ätiologie und Therapie der 569.

Cystitis catarrhalis ammoniacalis (Rovsing) 568.

Cystitis, Fibrinartige Gerinnselmassen im Harne bei 588.

Dermatitis herpetiformis 573.

Dermatologie, ihre Bedeutung auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaften 595.

Diverticulum urethrae 567.

Eigelb, Herstellung von Salbenkörpern mit 577.

Epithelfaserfrage, Zur 549.

Fibrinurie 587.

Finger- und Handverletzungen, Behandlung frischer 595.

Frühe physische Entwicklung eines 6 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchens 591.

Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen 592.

Gonokokkenfärbung auf Deckglaspräparaten, Praktische Winke zur 565.

Haematocoele paravaginalis im Gefolge der Punktion einer Hydrocele 591.

Hämaturie, Seltener Fall von (Prostatahämorrhoiden) 584.

Hämaturien der Blase und der Nieren, die Bedingungen ihrer Erzeugung 574.

Hämoglobinurie 585.

Harnretention, Neoplasma der Blasenwand als Ursache einer chronischen 583.

Harnsaure Diathese, Ursachen der Unwirksamkeit verschiedener gegen dieselbe empfohlener Mittel 588.

Harnsaure Sedimente, Bedingungen für deren Entstehung 589.

Harnsedimente, Konservierung der 583.

Harnstoff, Diuretische Wirkung des 589.

— Bestimmung im Urin 589.

Harnveränderungen bei Katarakt 584.

Hautkrankheiten-Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten 579.

Hautreizung infolge Manipulierens mit Hyacinthenknollen 572.

Hauttransplantation nach Krause bei den plastischen Operationen im Gesicht 596.

Herpes zoster gangraenosus 566.

Hydrothionurie, das Auftreten von Schwefelwasserstoffgas im Urin 585.

Jodintoxikation 582.

Jodoformin bei Tripper und Schanker 581.

Keratoderma symmetrica (Besnier) 565.

Kräurosis vulvae 592.

Lichen corneus 567.

Myoma multiplex der Haut 570.

Naftalan 578.

Nebennieren, Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der 596.

Neurodermitis papulosa pigmentosa 566.

Niere, Wirkung des Äthers und des Chloroforms auf die 577.

Nierentumoren, Wert der Cystoskopie zur Feststellung der Frühdiagnose bei 590.

Oxalurie und die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin 585.

Pepton-Nachweis im Harn 588.

Peritonitis, Diffuse blennorrhische 594.

Prostata, Verminderung ihres Umfanges durch die Anwendung des Verweilkatheters oder des regelmäßigen Katheterismus 576.

Prostataelektrode (Elektromassator) 569.

Prostatischer. Anwendung des Höllesteins und des Verweilcatheters bei den P. 576.
 Quecksilbersalben. Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Q. in die Haut 579.
 Rezeptformeln, Einige neue 579.
 Salbengrundlage, Die Michlesche 578.
 Silberwundbehandlung 580
 Skleroderma 565.
 Syphilidologen-Kongress in St. Petersburg 566.
 Syphilis, Blutveränderungen durch 572.
 Syphilis maligna 572.
 Tripper, Abortivbehandlung des 593.

Tuberkulose des uropoetischen Systems, Frühdiagnose der descendierenden 590.
 Türkisches Wasser, ein Haarfärbemittel 578.
 Ureter, Ein verirrter 590.
 Ureterimplantation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae 590.
 Urometer, Einfaches 582.
 —, Neues, und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn 583.
 Vasogenpräparate, Wert der 582.
 —, Harnuntersuchungen nach Einreibung medikamentöser 582.

Autoren-Register.

(* bedeutet Original-Artikel).

Bernegau 577.	Ferrier 585.	Lyons 593.	Roncali 558. 560.
Beyer 595.	Fischer 592.	Maffucci 558.	Rosenbaum 578.
Boden 591.	Freeman 572.	Marie 585.	Rosenfeld 578.
Bokenham 581.	Frenkel 584.	Mazson 590.	*Sack 596.
Brühe 594.	Friedrich 589.	Maydl 590.	Sampelice 554. 556.
Bruni 590.	*Goldfarb 563.	Meyer 590.	Sarubin 579.
Bukowsky 593.	Goliner 582.	Monheim 582.	Schaergers 578.
Cassine 593.	Güntz 581.	Mordhorst 588. 589.	Schegolew 565.
Cavazzani 582.	Gumprecht 583.	Müller 579. 591.	Schwimmer 566. 567.
Colin 576.	Justus 572.	Neisser 572.	Scott 585
Credé 580.	Klein 587.	Neumann 592.	*Secchi 554.
Crocker 570.	Kracht 565.	Nikulin 565.	Selenov 595.
Degle 578.	Krauss 584.	Pasteau 574. 576.	Sirleo 558.
Deutsch 569.	Landerer 578.	Pfeiffer 588.	Skinner 573.
de Dominicis 587. 596.	Legrain 577.	Pianese 561.	Speranski 566.
Dunlop 585.	Leguen 594.	Plicque 585.	Swinburne 593.
Ederson 578.	Leick 585.	Popper 569.	Tuffier 575.
*Ehrmann 549.	Lemichz 591.	Pospelow 566.	Vulpus 578.
Erdmann 596.	Lévy 594.	Preiss 594.	Weber 582.
Escat 574. 575.	Linossier 589.	Robitschek 588.	Wladimirow 591.
Feleki 567. 568. 568.	Lohnstein 583.	Róna 568.	

Ausschließliche Inseraten-Annahme durch

Annoncen-Bureau **Karl Wipplinger**, Berlin SW., Dessauerstr. 39/40.

W. MIELCK

Schwan-Apotheke

Hamburg

empfehl

Gelanthum nach Dr. Unna

D. R. G. 10 780

neue, ideale Grundlage für wasserlösliche Hautfirmisse,

rasch trocknend

(s. Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 73, Jahrg. XVII)

ferner:

Dünndarm-Pillen, Hautleime,
 Salbenmulle, Pflastermulle,
 Ueberfettete Seifen, Sapo Hydrarg.

sowie sämtliche übrigen Präparate nach Dr. Unna.

Valentine's Meat Juice

Generaldepot für Deutschland.

Proben sämtlicher Präparate stehen den Herren Ärzten gratis und franko zur Verfügung.



Paraplaste.

Neue **impermeable** Kautschukpflaster von bedeutender Klebkraft, seidenglänzendem, **der Hautfarbe nahe kommendem Aussehen.** Empfohlen von **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXIV, No. 7.

No. 250.	Paraplast c.	Acid. salicyl.	40 %
„ 251.	Paraplast c.	{ Acid. salicyl. 10 „ Empl. saponat. — „	
„ 252.	Paraplast c.	{ Acid. salicyl. 40 „ Extr. Cannab. 10 „	
„ 253.	Paraplast c.	Chrysarobin.	40 „
„ 254.	Paraplast c.	Hydrargyro	65 „
„ 255.	Paraplast c.	{ Hydrargyro. 50 „ Acid. carbol. ca. 7,5 „	
„ 256.	Paraplast c.	Ichthyol.	40 „
„ 257.	Paraplast c.	Pyrogallol.	40 „
„ 258.	Paraplast c.	Resorcin.	50 „
„ 259.	Paraplast c.	Zinc. oxyd.	40 „
„ 260.	Paraplast c.	{ Zinc. oxyd. 30 „ ol. cadin. 15 „	
„ 261.	Paraplast c.	{ Zinc. oxyd. 40 „ Hydr. oxyd. v. h. p. ... 2 „	

Ungt. Caseini D. R.-P.

Wasserlösliche Fettsalbengrundlage für trocknende Salben, empfohlen von **Dr. P. G. Unna** in den Monatsh. f. prakt. Dermat. Band XX, No. 6, als Basis von Zink, Zink-Schwefelsalben gegen Gesichtsekzeme, Rosacea, Acne, von Theer- und Ichthyolsalben gegen juckende Dermatosen, von Perubalsam gegen Scabies, ferner als reizloses Deckmittel bei verschiedenen Hautkrankheiten.

Aromatische Kali chloricum-Zahnpasta

zum täglichen Gebrauch, sowie gegen mercurielle Stomatitis
in Tuben à 1 Mk.

Guttaperchapflastermulle, Salbenmulle, Ueberfettete Seifen, Zinkleim, Suspensorien, Comedonenquetscher, Hühneraugenringe.

P. Beiersdorf & Co., Apotheker

Chem. Fabrik, HAMBURG.

General-Depôt für die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika
bei **Lehn & Fink, New York.**

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV.

NO. 11.

1. Juni 1897.

Zur Epithelfaserfrage.

Eine Entgegnung und Berichtigung zu dem Aufsatz
des Herrn Dozenten Dr. KROMAYER.

Von

Dr. S. EHLMANN,
Dozent in Wien.

In No. 9 dieser Monatshefte hat Herr KROMAYER eine Reihe von Einwänden, welche ihm von verschiedenen Seiten gegen seine Anschauung über die Epithelfaserung und ihre Derivate gemacht worden waren, zu entkräften gesucht. Meine Einwände fertigt er ganz lakonisch durch einige Worte ab, die sich nicht einmal auf jenen Aufsatz beziehen, der sich mit der Kritik der KROMAYERSchen Ansichten befaßt. Herr KROMAYER sagt nämlich wörtlich folgendes: „EDDOWES und UNNA deuteten die geschlängelten Fasern, die vorzüglich in den unteren Schichten des Epithels verlaufen, als intercelluläres Fibrin, eine Ansicht, der auch JADASSOHN zuneigte, während EHLMANN die in Rede stehenden Fasern unter sieben (!) verschiedenen Rubriken mit noch einigen Unterabteilungen brachte und sie für alles mögliche hielt. Waren die EHLMANNschen Angaben schon von vornherein als auf einen Mangel an mikroskopischer Diagnostik und Beurteilung beruhend anzusehen u. s. w.“¹

So wenig ich und mit mir wohl jeder Unvoreingenommene auf ein derartiges, in allgemeine Verlegenheitsphrasen gefaßtes Urteil irgend ein Gewicht lege, so wenig bin ich gesonnen, diese ausweichende Methode, die in der Sprache des Fechtbodens durch einen bestimmten Ausdruck bezeichnet wird, ruhig hingehen zu lassen. In der That, eine bequemere Methode, sich eines unbequemen Gegners zu entledigen, giebt es nicht, sie entspricht aber nicht dem wissenschaftlichen Ernst; denn dieser würde verlangen, daß ein allgemeines Urteil durch konkrete Fälle belegt wird, während Herr KROMAYER seinen Lesern zumutet, ihn als absoluten Gerichtsherrn anzuerkennen und nach den Gründen seines infalliblen Urteils

¹ Der Nachsatz steht bei KROMAYER in gar keinem sinngemäßen Zusammenhange mit diesem Vordersatze, er bezieht sich nur mehr auf die anderen Autoren.

nicht zu fragen. Das Einzige, was bei Herrn KROMAYER wie eine Begründung aussehen soll, sind die Worte: „während EHRMANN die in Rede stehenden Fasern unter sieben (!) verschiedene Rubriken mit noch einigen Unterabteilungen brachte und für alles mögliche hielt.“ Dafür spricht auch das Ausrufungszeichen, durch welches Herr KROMAYER etwa sagen will: „Ist denn ein solcher Mensch auch ernst zu nehmen, der die in Rede stehenden Fasern in 7, sage sieben Rubriken einteilt und sie sogar für alles mögliche hält? Horribile!“ Was wird aber der geneigte Leser dazu sagen, wenn er in meinem von Herrn KROMAYER angezogenen Aufsatz² vergeblich nach sieben Rubriken sucht, denn er findet darin deutlich und ziffernmäßig deren nur fünf angeführt, die fehlenden zwei finden sich offenbar nur in der etwas überschwänglichen Phantasie Herrn KROMAYERS. Und wie erstaunt wird der Leser sein, wenn er findet, daß es garnicht die in Rede stehenden Fasern, weder die HERXHEIMERSchen, noch die KROMAYERSchen sind, die ich überhaupt in Rubriken einteile! Die Sache verhält sich nämlich folgendermaßen:

Ich setzte zuerst auseinander, daß die WEIGERTSche Fibrinfärbungsmethode, mittelst welcher HERXHEIMER seine Fasern dargestellt hat, darauf beruhe, daß eine Reihe von Gebilden, die mit basischen Anilinfarbstoffen gefärbt wurden, durch Anilinoxylol schrumpfen und vermöge dieses Vorganges den Farbstoff zurückhalten, während andere, die weniger schrumpfen, ihn freigeben. Ich sage ferner wörtlich: „Dementsprechend finde ich auch, daß sich mittelst der WEIGERTSchen Methode eine Anzahl von Gebilden färben — Gebilden sage ich, nicht Fasern, wohlgemerkt Herr KROMAYER! — welche morphologisch sehr verschieden sind.“ Und nun führe ich die Gebilde in fünf Rubriken an.

In der ersten erwähne ich, daß sich das Protoplasma der Chromatophoren oder LANGERHANSSchen Zellen, die aber nicht mit diesem Namen angeführt werden, in der Epidermis des breiten Kondyloms färbt. In der zweiten Rubrik, daß sich neben den pigmentlosen Teilen der Protoplasmafortsätze der Chromatophoren (was direkt von HERXHEIMER und indirekt von Herrn KROMAYER zugestanden wird), auch Fortsätze von Epidermiszellen färben. In der dritten Rubrik kommen endlich die KROMAYERSchen Fasern an die Reihe, die er für Protoplasmafasern der Epithelzellen hält und welche ich am breiten Kondylom zuerst gesehen habe. Ich sage von diesem Objekt wörtlich: „Diese Gebilde schmiegen sich den Zellen so innig an, daß man nicht mit Sicherheit sagen kann, ob sie bloß den Zellen anliegen, oder ob sie in der äußersten Rindenschichte des Zellkörpers verlaufen. Es giebt Bilder, die für beides sprechen. Sie stimmen aber nicht überein mit den zweifellos als Fibrin zu deutenden Fasern,

² Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 1892.

welche die Höhlen in der nekrobiotischen Schichte des breiten Kondyloms durchsetzen und die netzförmig zusammenhängen ich muß es aber als möglich bezeichnen, daß sie in Protoplasmen selbst verlaufen und vielleicht unter pathologischen Umständen einen Zerklüftungsprozefs des Protoplasmas andeuten.“

Wie man sieht, ist diese Rubrik die einzige, welche sich auf die KROMAYERSche Protoplasmafasierung bezieht, und ich lasse es ausdrücklich unentschieden, ob die Fasern im Protoplasma liegen oder außerhalb desselben. In der vierten Rubrik beschäftige ich mich mit den eigentümlichen, von HERXHEIMER beschriebenen Spiralen, die ich auf dem Kongresse der Prager dermatologischen Gesellschaft sehr genau gesehen habe und die den von EDDOWES beschriebenen ähnlich sind, von denen ich als unwahrscheinlich bezeichnete, daß sie mit den Protoplasmen zusammenhängen, und sage, es wäre möglich, daß einzelne von ihnen, wie EDDOWES meint, Fibrinfäden vorstellen. Andere, besonders die in der basalen Schichte von spitzen Kondylomen vorkommenden, könnten auch geschrumpfte Zellen oder etwas anderes vorstellen.³ Mit einem Worte, ich erkläre, daß mir meine Untersuchungen viele Möglichkeiten über die Deutung dieser Bilder vor Augen geführt haben, daß ich mich aber für keine entschied, was Herr KROMAYER in die lapidaren Worte zusammenfaßt, ich hielte sie „für alles Mögliche“. Ich war eben ehrlich genug zu sagen, ich wisse nicht, was sie bedeuten, und ich gestehe es heute noch.⁴ In der fünften Rubrik erwähne ich, daß sich auch die Stacheln der Epithelzellen färben, was auch von anderen Autoren bestätigt wird. Wie man sieht, stellen die HERXHEIMERSchen und KROMAYERSchen Protoplasmafasern je eine meiner fünf Rubriken dar, sie selbst werden aber nicht, wie Herr KROMAYER seinen Lesern erzählt, in Rubriken eingeteilt, oder gar für „alles Mögliche“ gehalten.

Ich schloß die Mitteilung mit folgenden Worten: „Wir sehen also, daß mit der von HERXHEIMER so erfolgreich angewandten Methode sich teils gut charakterisierte Gebilde, teils weniger gut charakterisierte Gebilde färben, daß aber ein Teil zweifellos protoplasmatischer Natur ist. Über die Natur der anderen muß uns selbstverständlich die weitere Untersuchung aufklären, aber soviel können wir jetzt schon sagen, daß durch die von HERXHEIMER in die Untersuchung der Epidermis eingeführte Methode ein entschiedener Fortschritt angebahnt zu sein scheint.“

³ Sie werden übrigens neuerdings auch von SCHÜTZ als Kunstprodukte angesehen, was der Behauptung von KROMAYER widerspricht, daß von den neueren Autoren, darunter auch von SCHÜTZ, anerkannt werde, daß alle Fasern, die sich mit der WEIGERTSchen Methode färben, dem Protoplasma der Epithelien angehören.

⁴ Diese Rubrik ist auch die einzige, aus welcher man, wenn man es absolut will, Unterabteilungen herausstüfeln kann, in Wirklichkeit sind es nur verschiedene Möglichkeiten, die hier erörtert werden.

Diese Arbeit wurde nämlich im Jahre 1892 publiziert, wo die Epithelfaserfrage sich noch in den allerersten Stadien befand, und die Präparate wurden am Leipziger Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft (1891) demonstriert und zwar in derselben Sitzung, vor welcher Herr KROMAYER seine Präparate aufgestellt hatte. Hätte Herr KROMAYER es nicht vorgezogen, nach der Demonstration seiner eigenen Präparate das Weite zu suchen und hätte er auch die Präparate der anderen mit angesehen und sich an der Debatte beteiligt, so hätte er sich von der Richtigkeit meiner Bilder überzeugen können, wie es andere thaten. Aber dieser Aufsatz, der in keinem Punkte und mit keiner Silbe gegen Herrn KROMAYER polemisiert, ist es nicht, dem Herr KROMAYER vorsichtig aus dem Wege geht. Es existiert von mir ein zweiter Aufsatz (*Arch. f. mikr. Anat.*, Bd. 43), der vom Anfang bis zum Ende in einer Kritik des Verfahrens und der Schlußfolgerungen des Herrn KROMAYER besteht, und auf diesen hat Herr KROMAYER, trotzdem seit seiner Publikation fast drei Jahre vergangen sind und Herr KROMAYER von demselben Kenntnis haben mußte, bis heute noch nicht geantwortet. Auch in dem allerletzten Artikel dieser Monatshefte, gegen den sich diese Zeilen richten, ist dieser Aufsatz nicht einmal dem Namen nach erwähnt. Ich habe die Polemik, wie ich es auch hier thue, in derselben Zeitschrift veröffentlicht, in welcher Herr KROMAYER seine Arbeit publiziert hat, mithin alles Mögliche gethan, um Herrn KROMAYER zu einer Antwort zu veranlassen. Es spricht dies — vielleicht nur scheinbar — für die Vermutung, daß Herr KROMAYER durch den eingangs citierten Ausspruch sich der Mühe entziehen wollte, mir Rede und Antwort zu stehen.

Ich will hier die Einwände, welche ich gegen Herrn KROMAYER vorgebracht habe, noch einmal kurz vorbringen und fordere ihn hiemit auf, dieselben sachlich und mit wissenschaftlichem Ernste zu beantworten.

Herr KROMAYER bespricht nämlich in einem Artikel (*Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 42) eine Erscheinung, die ich bereits vier Jahre vorher in meinem Referate in der dermatologischen Sektion des X. internationalen Kongresses erwähnt, nachher in einem Vortrage auf dem Leipziger Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft und in einer Demonstration in der Wiener dermatologischen Gesellschaft beschrieben habe, daß nämlich die Protoplasmafasern häufig in Pigmentreihen übergehen. Ich habe diese Erscheinung noch früher an der Conjunctiva des Ochsen gekannt und habe die Protoplasmafasern als den Weg beschrieben, auf dem das Pigment aus den Chromatophoren der Epidermis in die Epidermiszellen wandert, eine Erklärung, der sich auch KARG anschloß und die in meiner jüngsten Monographie⁵ des weiteren ausgeführt ist. Herr KROMAYER

⁵ Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere etc. *Bibliotheca medica*. D. II. Heft VI.

hat von allem diesem keine Notiz genommen, aber das war nicht der Grund, warum ich meinen Angriff gegen seine Arbeit richtete, sondern die Art und Weise, wie er auf diese Thatsache seine Schlüsse aufbaut. Er sagt nämlich, bei der Färbung mit seiner Modifikation der WEIGERTschen Methode, (die er kurz nur seine Methode nennt) färben sich die Protoplasmafasern, aber die in ihrer Verlängerung befindlichen Pigmentreihen nicht, und daraus schließt er, daß die Pigmentkörnchen ein Umwandlungs- und Zerfallsprodukt der Protoplasmafasern wären. Ich hielt nun Herrn KROMAYER vor, daß er auch das Keratohyalin für ein Umwandlungsprodukt der Protoplasmafasern hält, aber aus dem Grunde, weil sich das Keratohyalin mit derselben Methode färbt. Ich sagte, Herr KROMAYER hält das Keratohyalin für ein Produkt der Protoplasmafasern, weil sich dieses gerade so färbt wie das Protoplasma; er hält aber das Pigment auch für ein Produkt der Protoplasmafasern, weil es sich nicht so färbt wie diese Protoplasmafasern. Das ist zweifellos ein logisch unerlaubter Vorgang, den zu rechtfertigen Herr KROMAYER bis heute noch unterlassen hat. Ich habe dagegen gezeigt, daß die Pigmentstreifen Protoplasmafäden entsprechen, die durch die Einlagerung von Pigment am Schrumpfen gehindert werden und sich deshalb nicht färben.

Herr KROMAYER hat ferner die Hypothese aufgestellt, daß die Chromatophoren der Epidermis als eigene Zellen garnicht vorhanden sind, weil sie sich mit seiner Modifikation der WEIGERTschen Methode in ein System von Fäden auflösen, und er schließt aus seinen Bildern, daß die Chromatophoren nichts anderes sind als ein Rendez-vous von Epithelfasern. Ich zeigte nun ausführlich, daß diese Faserungsbilder in ihrer Schärfe, wie sie KROMAYER abbildet, ein Kunstprodukt sind, erzeugt durch die übermäßige Schrumpfung des Protoplasmas; daß ihnen zwar Thatsächliches zu Grunde liegt, daß dieses Thatsächliche aber seit längerer Zeit bekannt ist, daß nämlich das Pigment in den Chromatophoren in Linien angeordnet ist, von welchen es seit den Untersuchungen von SOLGER, ZIMMERNANN, BALLOWITZ und EBERTH feststeht, daß sie nichts anderes sind als das Archoplasma, die kontraktile Filarsubstanz des Protoplasmas oder das Mitom des Chromatophorenzelleibes, eine Anschauung, die neuerdings auch von RABL verfochten wird, und daß die Bilder die Herr KROMAYER erhielt, bloß dadurch möglich sind, daß bei der Präparation das Paramitom (die Interfilarmasse), welches zwischen den Fäden vorhanden war, an die letzteren herangezogen wurde, oder wie RABL meint, sich nicht gefärbt hat.

Ich zeigte endlich, daß durch die Arbeiten der genannten Autoren, bestätigt wurde, was ich bereits im Jahre 1885⁶ in meiner Arbeit

⁶ Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigments. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885—1886.

vermutet habe, daß diese Linien die Wege sind, auf denen bei der Protoplasmaströmung das Pigment sich bewegt. Herr KROMAYER kann auch nicht geltend machen, daß sich diese zweite Publikation nicht mit der Epithelfaserung befaße, sondern mit dem Pigment, sie befaßt sich mit der Epithelfaserung und mit dem Pigment, und Herr KROMAYER war verpflichtet, auf die Einwendungen zu antworten, die hierin gegen seine Anschauungen über Epithelfaserung erhoben und sachlich begründet worden sind — so sachlich, daß in einer aus dem Leipziger physiologischen Institute hervorgegangenen Arbeit über Epithelfaserung wörtlich folgendes steht⁷: „. . . . Gegen diese wenig begründete KROMAYERsche Anschauung wendet sich EHLMANN mit gewichtigen Gründen“. Herr KROMAYER schon deshalb nicht das Recht sein Urteil anderen aufzudrängen, ohne hierfür Gründe anzugeben.

Zum Schlusse erkläre ich Folgendes: Ich verlange, daß Herr KROMAYER ganz in derselben Weise sachlich-kritisch gegen mich verfare, wie ich mit ihm verfahren bin, erkläre aber auch, daß jede andere Art von Bemerkungen des Herrn KROMAYER für mich nicht vorhanden sein wird, und ich sie mit dem gebührenden Stillschweigen bei Seite legen werde.

Wien, 18. Mai 1897.

⁷ SIEGFRIED GARTEN, *Arch. f. Physiologie*. 1895.

Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten.

Kritische Übersicht der neuesten italienischen Arbeiten.

Von

Dr. THOMAS SECCHI,

gew. Assistenten an den Universitäten Cagliari und Bologna.

I. Referate.

SANFELICE, Sull' azione patogena dei blastomiceti. Erste Mitteilung (*Annali d'Igiene speriment.* Bd. V, Heft 2. Rom. 1895), und „Über eine für Tiere pathogene Sprosspilzart etc.“ (*Centralbl. f. Bakteriologie*. Bd. XVII, S. 113. 1895). Nach dem Erscheinen dieser Arbeit beginnen die Sprosspilze in der Pathologie eine Bedeutung zu erlangen. S. untersuchte nämlich die pathogene Wirkung einzelner Blastomyceten, die er aus dem Saft gährender Früchte isoliert hatte und fand unter denselben ein solches mit pathogenen Eigenschaften. Dasselbe zeichnet sich nicht nur aus durch die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die es bei den Versuchstieren erzeugt, sondern auch durch seine vollständige morphologische Identität mit jenen Bildungen, die man in malignen Tumoren des Menschen für Coccidien erklärt hat.

Diese Art von Blastomyceten entwickelt sich in sehr üppiger Weise auf den gewöhnlichen Nährböden. Auf neutraler oder angesauerter Gelatine, sowie auf Agar bildet sie oberflächliche, stecknadelkopfgroße, kugelförmig erhabene, weiße oder aber tiefergelegene, kleinere, kugelförmige, scharf umschriebene, gelblichweiße Kolonien. Gelatinestichkulturen zeigen ein üppiges Pilzwachstum an der Oberfläche und längs der Stichlinie; der oberflächliche Teil der Kultur beschränkt sich auf die Stichöffnung oder deren nächste Umgebung, dehnt sich aber niemals über die ganze Oberfläche des Nährbodens aus. Längs der Stichlinie sieht man einen schmutzigweißen, ins Gelbe stechenden Streifen, der aus kleinen aneinandergrenzenden Kolonien besteht. In neutralem oder mit Weinsteinsäure angesäuertem, bei schief gehaltenem Glase erhärtetem Agar bildet sich ein feingekörntes, trockenes, mattes Häutchen, das nach und nach die ganze Oberfläche überzieht. Auf Kartoffeln entwickelt sich eine ziemlich erhabene, höckerartige, scharf umgrenzte, weiße, glanzlose Kolonie, die auf die zentrale Partie der Kartoffel beschränkt bleibt. Sehr reichlich entwickelt sich der Pilz auch in sterilisierter Milch ohne sichtbare Veränderung, in Nährflüssigkeiten, welche verschiedene Zuckerarten enthalten, ohne eine Trübung derselben zu veranlassen; die Pilzvegetation führt zur Bildung eines oberflächlichen weißlichen Häutchens oder setzt sich auf dem Boden ab. In frischen Präparaten sieht man Zellen von verschiedener Größe, von rundlicher oder leicht elliptischer Form, welche mehr oder weniger große, stark lichtbrechende Körnchen enthalten; die kleinsten führen ein homogenes Protoplasma, die größten weisen eine hyaline zentrale Partie auf, die öfters einen lichtbrechenden Kern enthält. Im hängenden Tropfen sieht man unter dem Mikroskop nach einiger Zeit die Bildung von Knospen infolge von Ausbuchtungen der lichtbrechenden Membran. In Trockenpräparaten färbt sich der größte Teil der Zellen mit den verschiedenen Anilinfarben intensiv in ihrer ganzen Ausdehnung, ohne daß man dabei etwas von Struktur konstatieren könnte. Andere färben sich stärker gegen die Peripherie, weniger im zentralen Teile, der einen einzigen großen oder mehrere kleine, intensiv gefärbte Körner enthält.

Im Gegensatz zu MAFFUCCI und anderen glaubt S. nicht, daß die Blastomyceten-zelle als Kern und der hyaline Teil als Zellprotoplasma zu betrachten sei. Er sagt vielmehr: „An jeder Blastomyceten-zelle unterscheidet man außer der Membran noch zwei Teile, das Protoplasma und die lichtbrechenden Körner. Das Protoplasma besteht aus zwei Substanzen, von denen die eine mehr, die andere weniger färbbar ist und welche in verschiedener Weise angeordnet sein können. Der färbbare Anteil liegt zuweilen der Membran an, zuweilen trennt er sich in einen mehr peripher und einen mehr zentral gelegenen Abschnitt, der in dem weniger intensiv kolorierten Teile liegt. In anderen Präparaten unterscheiden sich die beiden Teile nicht voneinander, indem sie untereinander vermengt die ganze Zelle gleichmäßig ausfüllen. Die lichtbrechenden Körner befinden sich meist in dem schwächer gefärbten hyalinen Abschnitte. S. will die lichtbrechenden Granulationen nicht als Endosporen bezeichnet wissen.

Dieses Blastomycet nannte S. *Sacharomyces neoformans*. Impft man dasselbe in Reinkultur auf Meerschweinchen, so gehen diese mit folgenden pathologisch-anatomischen Veränderungen zu Grunde: Bedeutende Infiltration der inguinalen und Achselhöhlenlymphdrüsen, Vergrößerung der Milz, welche auf der Oberfläche verschieden große gelblichweiße Plaques zeigt; dieselben Veränderungen an den Nieren; das große Netz trägt disseminierte verschieden große Knötchen; die mesenterialen Lymphdrüsen sind stark vergrößert, die Lungen sind hepatisiert und zeigen auf der Oberfläche die gleichen Flecke wie die anderen Organe; Gehirn und Rückenmark weisen keine Veränderungen auf.

Untersuchung frischer, direkt den Geweben der Meerschweinchen entnommener Präparate: Die Parasiten sind meist rund und von verschiedener Grösse, mit einer doppelkonturierten lichtbrechenden Membran und mit einem oder mehreren lichtbrechenden Körnchen im Zentrum. Die Dicke der Membran variiert nach den verschiedenen Zellen, nur bei wenigen ist sie von einer zweiten, hyalinen, scharf abgegrenzten und doppelkonturierten Membran umgeben. Das Protoplasma, welches den Inhalt der Zellen bildet, ist entweder absolut hyalin oder es zeigt einen hyalinen und einen zum Teil lichtbrechenden Teil, welche in verschiedener Weise angeordnet sind. Einige Parasiten haben eine goldgelbe Farbe, welche von einer Verdickung der Membran abzuhängen scheint, die selbst in gleichgrosse Sektionen konzentrischer Ringe und Segmente gespalten ist. Diese Degenerationsphase beobachtet man in den Kulturen nicht. Andere Parasiten befinden sich im Reproduktionsstadium: durch Ausbuchtungen der lichtbrechenden Membran bildet sich eine kleine Knospe, die an Umfang zunimmt und sich schliesslich von der Mutterzelle ablöst. Die Körner nehmen am Reproduktionsvorgange keinen Anteil. Statt einer Knospe sieht man zuweilen einen Fortsatz, eine Art abortierter Hyphen hervorschießen. Die Parasiten sind entweder frei oder in Leukocyten eingeschlossen. Bei Behandlung mit Essigsäure hebt sich deutlich eine hyaline von einer lichtbrechenden Membran ab. Alkalien (Ammoniak, Natron- oder Kalilauge) verändern ihre Struktur nicht. Der Unterschied zwischen den Blastomyceten, die man im Organismus, und denen, die man in den Kulturen findet, ist demnach folgender: im Organismus sind sie von einer lichtbrechenden und zuweilen von einer hyalinen, in den Kulturen stets von einer einzigen dünnen Membran umgeben. Im Organismus kommt es zuweilen zur Bildung von Hyphen, ausserdem ist das Vorkommen lichtbrechender Körnchen dort häufiger.

Schnitte: Die Tumoren bestehen aus einem Netze jungen Bindegewebes, in dessen Maschen bald spärlichere, bald reichlichere Zellenelemente vorkommen, welche Lymphkörperchen ähnlich sehen und einen Kern enthalten, der meist an der Peripherie des Zellkörpers liegt, ferner sehr zahlreiche Parasiten, so zwar, dass man sagen kann, der Tumor setze sich grösstenteils aus Parasiten zusammen. Die Kerne der Zellenelemente sind meist rund und zeigen keine Andeutung von Fragmentation. Die meisten Parasiten sind freiliegend, ihre Grösse ist verschieden. Bei den jugendlichen Formen sieht man keine Spur von Membran; bei den mittelgrossen erkennt man ausser die hyaline Membran und innerhalb derselben eine intensiv gefärbte, welche der lichtbrechenden Membran der frischen Präparate entspricht. Der protoplasmatische Inhalt der ganz jungen und der mittelgrossen Zellen ist intensiv gefärbt und noch stärker gefärbt sind die Körner. Zuweilen ist aber das Protoplasma nur schwach koloriert und weist keine Körner auf. Dies sind die Formen, die in Entartung begriffen sind und keine Farbstoffe aufnehmen. Bei anderen lässt das verschieden stark gefärbte Protoplasma die beiden verschieden angeordneten Substanzen, aus denen es sich zusammensetzt, unterscheiden.

SANFELICE, Sull' azione patogena dei blastomiceti, come contributo all' etiologia dei tumori maligni. Vorläufige Mitteilung (*Polislinico*. Bd. II c, Heft 5) und „Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten. I. Abhandl. (*Zeitschr. f. Hygiene*. Bd. XXI, S. 32. 1895). Hier entwickelt er die Resultate seiner Impfungen mit Reinkulturen des *Sacharomyces neoformans* auf die Brustdrüsen einer Hündin und den Koller eines Hahnes. Zuerst aber erinnert er an die Untersuchungen von RUSSEL, welcher die Parasiten des Carcinoms genau beschrieb und von Blastomyceten sprach, obwohl man seinen Worten nicht Glauben schenken wollte, indem einzelne Forscher, wie CAZIN, die Carcinomkörperchen als hyaline Körperchen, andere als Sporozoen oder Coccidien

betrachteten. Die Kritik hatte damals recht, die Mitteilungen von RUSSEL nicht günstig aufzunehmen, weil dieser es versäumt hatte seine Behauptungen durch experimentelle Beweise zu stützen und die Morphologie allein nicht genügt, die parasitäre Natur einzelner in pathogenen Geweben eingeschlossenen Bildungen sicherzustellen. SANFELICE gebührt nun das Verdienst, die Frage auf eine experimentelle Basis gebracht zu haben. Zum Nachweise, daß die Blastomyceten die Ursache der malignen Tumoren darstellen, standen ihm zwei Wege offen: entweder ein Blastomycet aus einem malignen Tumor des Menschen in Reinkultur zu isolieren und ihn auf Tiere überzupfen, bei welchen sich Tumoren entwickeln können, die denen beim Menschen identisch sind; oder aber bei diesen Tieren durch Impfungen von Reinkulturen von Blastomyceten Tumoren zu erzeugen, die durch ihre Struktur oder ihren Verlauf denjenigen des Menschen gleichen. S. wählte den letzteren Weg, weil sicherer zum Ziele führend, indem bei vielen Tumoren die Parasiten selten und schwer zu isolieren sind und weil nach der ersteren Methode der Tumor ganz fein zerzupft werden muß, wodurch man sich leicht der Gefahr aussetzt, das Präparat mit Blastomyceten aus der Luft zu verunreinigen. Allerdings kann man auch auf einen malignen Tumor geraten, in welchem die Parasiten so zahlreich sind, daß ein umständliches Zerzupfen nicht nötig ist.

Die Resultate dieser Inokulationen sind nun folgende: In den Brustdrüsen einer Hündin fand man bohngengroße, beim Anschneiden ziemlich resistente, grauweißliche, aus dem umgebenden Bindegewebe leicht zu isolierende Knoten vom Aussehen infiltrierter Lymphdrüsen. Bei Schnitten durch die Brustdrüse konstatierte man ein graulichweißes, nicht scharf abgegrenztes, mehr im Bindegewebe, das die Knoten von der Drüse trennt, als zwischen den Drüsenläppchen verbreitetes Gewebe, welches ganz demjenigen ähnlich war, das die oben beschriebenen Knoten zusammensetzte. Die inguinalen Lymphdrüsen waren bedeutend vergrößert, ebenso die Lymphfollikel des Darms, welche in das Lumen hineinragten. An der Oberfläche der Nieren waren hanfkorngroße Knötchen sichtbar, von denen einige über die Oberfläche hervorragten und wie in die Rindensubstanz eingekleilt erschienen. Die leicht vergrößerte Milz zeigte auf der Schnittfläche gelblichweiße Flecke. Nichts in der Leber. Vergrößerte mesenteriale Lymphdrüsen. Im großen Netze und in den peritonealen Bändern zahlreiche Lymphdrüsen von verschiedener Größe. Keine Veränderungen in Lungen, Herz, Hirn und Rückenmark. Mikroskopischer Befund: Das neugebildete Gewebe an der Inokulationsstelle läßt zwei Teile unterscheiden, von denen einer im interlobulären und periglandulären Bindegewebe, der andere tief gelegen ist und bei der Palpation als Knötchen erscheint. Das neugebildete Gewebe besteht aus dicken übereinandergelegenen Zellen, welche an gewisse Carcinomzellen erinnern. Dieselben Zellen setzen die metastatischen-Knoten zusammen. Die parasitären Bildungen sind ziemlich spärlich, intra- oder extracellulär gelegen und erinnern an die von FOÁ, SUDAKIEWITSCH etc. beschriebenen Formen. Das Gewebe des Tumors im Koller eines Hahnes bestand aus jungem Bindegewebe, zwischen dessen Fasern zahlreiche Zellen mit intensiv gefärbtem Kerne und mit scharf abgegrenztem Zellkörper lagen. Diese Zellen bildeten an einzelnen Punkten sehr dicke Stränge, zwischen welchen man parasitäre Formen konstatieren konnte, welche den von SUDAKIEWITSCH bei den malignen Tumoren des Menschen beschriebenen genau gleichen. Beachtenswert erscheint, daß, während die Parasiten bei den Meerschweinchen sehr zahlreich waren und über die Gewebelemente vorherrschten, sie hingegen beim Hunde und beim Hahne nur spärlich vertreten waren. SANFELICE betont, daß diese Veränderungen neoplastischer und nicht entzündlicher Natur seien.

Färbungsmethoden: SANFELICE hat Methoden eingeführt, die er für spezifisch ansieht, d. h., die die Blastomyceten von den Entartungsformen unterscheiden lassen.

1. Färbung des ganzen Stückes in Lithiumkarmin; Härtung und Einschluss in Paraffin. Färbung (auf dem Glase) mit EHRLICH'Scher Lösung während 5–10 Min., Abwaschen mit destilliertem Wasser; Abwaschen mit destilliertem Wasser, das einige Tropfen 5‰ Oxalsäurelösung enthält; Alkohol, Xylol, Balsam.

2. Einschluss in Paraffin. Die auf den Objektträger fixierten Schnitte werden 10–20 Min. in eine Mischung zu gleichen Teilen von 1‰ wässriger Safraninlösung und von 1‰ Malachitgrünlösung in Wasser und Alkohol gelegt. Abwaschen mit destilliertem Wasser. Entfärbung mit 5‰ Oxalsäurelösung; Alkohol, Xylol, Balsam.

3. Die Schnitte werden zuerst nach GRAM gefärbt, nach der Entfärbung werden sie rasch in eine 1‰ wässrige Safraninlösung gebracht. Alkohol, Xylol, Balsam.

MAFFUCCI und SIRLEO, Osservazioni ed esperimenti intorno ad un blastomicete patogeno con inclusione dello stesso nelle cellule dei tessuti patologici. Nota preliminare (*Polichinico*. Bd. 11—c, S. 138. 1895). Bei der Autopsie eines nach Inokulation von Material aus der Leber eines tuberkulösen Embryos eines an Marasmus zu Grunde gegangenen Meerschweinchens fanden die Verfasser: linke Lunge gegen die Spitze zu vergrößert, graulich verfärbt, von weicher Konsistenz, die beim Durchschneiden den Eindruck von myxödematösem Gewebe machte; rechte Lunge stark kongestioniert, makroskopisch nicht von demselben Aussehen wie die linke; starke Vergrößerung der mediastinalen Lymphdrüsen, welche ein weiches, gallertartiges Aussehen haben ähnlich wie die linke Lungenspitze. Sowohl in frischen Präparaten als in Schnitten, welche nach EHRLICH-BIONDI mit Methylenblau und Eosin gefärbt worden waren, konstatierten sie, außer freien Formen, in den vergrößerten Epithelzellen eingeschlossene Körperchen von verschiedener Gröfse, bis fünfmal so groß wie Leukocyten, von runder oder ovaler Form. Die Verfasser beschreiben diese Körperchen wie folgt: „Die freien Formen zeigen verschieden gefärbte Zonen, eine peripher gelegene rosarote, eine doppelkonturierte violette und eine zentrale, die gleichzeitig orange und schwärzlich tingiert ist. Von den in Epithelzellen in der Zahl von 1–7 eingeschlossenen Formen haben die größeren einen hellen Hof, worauf eine grünliche Zone und ein schwärzlicher Kern folgt; die kleineren haben ebenfalls eine farblose periphere Zone und einen orangefarbenen Kern. Diese verschiedenen Nuancen in der Färbung variieren ferner je nach dem Entwicklungsgrade der in den Zellen eingeschlossenen Körper.“ Wie man sieht, fassen die Verfasser den zentralen chromatischen Teil dieser Körper als Kern auf und betrachten die hyaline Wandung, welche diesen zentralen Teil umgiebt, als Zellprotoplasma. Da sie nicht vermuteten, daß der Tumor der Lunge und der Lymphdrüsen des toten Meerschweinchens eine besondere Parasitenart enthalte, versäumten sie es, Kulturen anzulegen. Dies thaten sie erst bei anderen Meerschweinchen, denen sie von dem pathologischen Material des ersteren inokuliert hatten. Die Schlusfolgerungen ihrer Arbeit lauten: 1. Es besteht eine pathogene Blastomycetenart, welche die Eigenschaft besitzt, Neubildungen von chronischem Verlaufe zu erzeugen, deren zellige Produkte von ihrem ursprünglichen Sitze im Tumor nach den Lymphdrüsen wandern können. Der Parasit lebt außerhalb und innerhalb der Zellen und wandert entweder für sich allein oder aber gleichzeitig mit den Elementen der Neubildung aus. 2. Dieser Parasit kann die Zelle, in der er sich aufhält, zerstören, oder aber selbst von dieser zerstört werden, so daß man stellenweise von ihm erzeugte pathologische Produkte findet, ohne daß man den Parasiten selbst entdecken kann.

RONCALI, Sopra particolari parassiti rinvenuti in un adenocarcinoma (papilloma infettante) della ghiandola ovarica (*Polichinico*. Bd. 11—c, S. 182. 1895). Verfasser

benutzte zunächst folgende Methoden: Fixation der Stücke in MÜLLERScher Lösung, Färbung in toto mit Jodhämatoxylin (SANFELICE) und einer Mischung zu gleichen Teilen von Jodhämatoxylin und Lithionkarmin. Zu den Doppelfärbungen benutzte er die Methode von MINGAZZINI (*Neue Art von Sporozoen*. 1892): die in absolutem Alkohol gehärteten Stücke werden 24 Stunden in Jodhämatoxylin gelassen und kommen dann in 75°, mit 1% Salzsäure angesäuerten Alkohol, bis sie rosarot geworden sind; Abwaschen mit einfachem Alkohol, bis dieser keinen Farbstoff mehr aufnimmt; Einlegen der Stücke in saures Boraxkarmin während 48 Stunden, Entfärbung in 75° Alkohol; 90° Alkohol, absoluter Alkohol, Xylol, Paraffin. Nach dieser Methode färben sich die Kerne violett, die Parasiten bläuviolett, so daß sie nicht sehr aus dem umgebenden roten Gewebe hervorstechen. R. zieht deshalb die Methode von SANFELICE vor, nach welcher sich die Parasiten smaragdgrün und das Gewebe rot färbt. Die Parasiten liegen innerhalb dem Cytoplasma großer Zellen, welche an diejenigen des Corpus luteum erinnern und zwischen den Bindegewebsbündeln und Muskelfasern des Ovarialstromas; nur ganz selten sieht man welche in den Epithelzellen, keine im Karioplasma und den Leukocyten. Man findet die Parasiten sowohl in gesunden als in degenerierten Zellen im Gegensatz zu den Befunden von RUFFER, WALTHER, RUFFER und PLIMMER, BURKHARD. Die von den Parasiten eingenommenen Zellen sind folgendermaßen verändert: bei vielen ist der Kern in chromatolytischer Degeneration begriffen, bei anderen vollständig zerstört, bei sehr vielen ist das Zellprotoplasma grobkörnig, stellenweise Vacuolen aufweisend; bisweilen konstatiert man Hyperkeratolyse der Kerne. Die Parasiten sind meist rund, von verschiedener Größe, mit einfach oder doppeltkonturierter Kapsel. Das Protoplasma ist bald zentral, bald exzentrisch gelegen, sehr reichlich bei den jugendlichen, weniger bei den ausgewachsenen, sehr spärlich bei den alten Formen. Dieses Protoplasma färbt sich bald sehr gut, bald erscheint es durchsichtig und homogen; in den ganz jungen Formen sieht man nichts von einer Kapsel. Andere Parasiten sind doppeltkonturiert und zwischen diesen beiden Konturen liegt eine Protoplasmaschicht, die sich weniger intensiv färbt als das zentrale chromatische Protoplasma. Zwischen diesem und der inneren Kapselwand liegt eine homogene Protoplasmaschicht, die wenig gefärbt und leicht gekörnt ist. Andere Parasiten mit doppeltkonturierter Kapsel haben innerhalb derselben einen schwach gefärbten protoplasmatischen Hof und im Zentrum ein intensiver koloriertes Protoplasma. Die sogenannte Scheibenform ist selten, ebenso die Riesenformen mit einfachen Konturen und in zwei oder vier Teile pigmentiertem Protoplasma. Andere einfachkonturierte Formen enthalten in ihrem Innern sehr glänzende runde Körperchen in der Zahl von drei, vier oder mehr. Es giebt auch noch ganz kleine Formen mit Kapsel und ganz kleinem zentralen chromatischem Protoplasma; dieselben sind entweder symmetrisch gruppiert oder im Zellprotoplasma zerstreut und bilden jene Art von multipler Infektion, auf welche SUDAKIEWITSCH hingedeutet hat. Andere neoplasmatische Zellen haben in ihrem Innern hyaline, zu 3—5 gruppierte, gut gefärbte ellipsoide Körperchen mit einfach konturierter Kapsel. Endlich sieht man innerhalb von Bindegewebszellen und zwischen Bindegewebsbündeln und Muskelfasern sehr zahlreiche gekapselte Parasiten mit homogenem, intensiv gefärbtem Protoplasma; ihre Form ist verschieden, sie sind nieren-, keulen-, pyramiden-, rosettenförmig oder dreieckig.

Verfasser hat die verschiedenen Reproduktionsphasen der Parasiten, von der Bildung der Knospe bis zur Ablösung derselben von der Mutterzelle zu einem selbstständigen Körper verfolgen können. Die Sproßbildung kann an zwei Punkten derselben Zelle stattfinden. Man findet demnach in den Zellen dieses Neoplasma: „Meist runde Körperchen mit einfach- oder doppeltkonturierter Kapsel, welche ein gewöhnlich

homogenes, zuweilen granuliertes oder aber ein chromatisches stark koloriertes Protoplasma einschließt, das zentral oder mehr exzentrisch gelegen sein kann. Diese Körperchen vermehren sich durch Sprossung.“ Nach Einsichtnahme der Präparate von SANFELICE erklärt sie RONCALI für Blastomyceten. In der That sind die glänzenden Körperchen innerhalb des Parasitenzellkörpers weiter nichts als protoplasmatische Granulationen und die freien Körper im Protoplasma der Tumorzellen, mit Kapsel und zentralem chromatischen Protoplasma müssen als junge, durch Sprossung entstandene Blastomyceten und nicht als Sporen betrachtet werden, weil diesen letzteren eine Membran fehlt und sie den Körper der Mutterzelle vollständig ausfüllen, der beim Platzen die Sporen frei giebt. Verfasser vergleicht dann die von ihm gefundenen parasitären Formen mit den Blastomyceten von SANFELICE und findet, daß zwischen ihnen eine Formanalogie besteht. Auch seine Abbildungen hat er genau verglichen mit denen anderer Autoren, die sich mit der Frage von der Ätiologie des Carcinoms beschäftigt haben, so besonders SIEBRING, SUDAKIEWITSCH, RUFFER und PLIMMER, PODWYSOZKI und SAWTSCHENKO, BORREL etc. Er sagt darüber, daß „wirklich alle genuine Parasiten gesehen haben, daß aber nicht alle im Rechte waren, wenn sie diese Parasiten als organische Körper betrachteten.“ Sie haben fälschlicher Weise die Blastomyceten als Sporozoen aufgefaßt.

RONCALI, I blastomiceti negli adenocarcinomi dell' ovaio (*Bollet. d. r. accademia medica di Roma*. Jahrg. XXI. 1895). Um sich zu vergewissern, ob er pflanzliche Parasiten vor sich habe, hat R. Tumorfragmente mit Säuren und Alkalien behandelt. In 1–5% Lösungen von Schwefel- und Salzsäure verändern sich die Parasiten nicht, aufer etwa, daß die jungen Formen leicht zusammenschrumpfen. Mit Eisessig werden sie deutlicher und lichtbrechender. In heißen konzentrierten Alkalien bleiben die Parasiten ganz unverändert, während sich das übrige Gewebe vollständig auflöst. Auf Schnitten ist der größte Teil der Parasiten im Protoplasma der Epithelien enthalten, andere liegen zwischen den Bindegewebsbündeln. Eine Zelle kann mehr als einen Parasiten enthalten. Ob frei oder in Zellen eingeschlossen, können sie sich zu Gruppen von 10, 12, 17 und mehr Individuen vereinigen. Die die Parasiten enthaltenden Epithelien sind aufgetrieben und führen einen nach der Peripherie verdrängten oder zuweilen zusammengedrückten Kern. In einzelnen Zellen liegt je ein Parasit in einer Vakuole. Die Form der Parasiten ist stets kugelig, ausnahmsweise ovoid oder nierenförmig, was aber nicht auf Degenerationszustände, sondern auf die Wirkung der Reagentien zurückzuführen ist. Sie haben verschiedene Dimensionen, meist sind sie größer als der Kern, bisweilen aber auch kleiner. Beinahe stets liegen sie im Zellprotoplasma, fast niemals im Karioplasma. Sie besitzen eine kapselartige Hülle, die man aber in den Jugendformen, die kleiner als der Kern sind, nicht unterscheiden kann. Diese erscheinen in homogener violetter oder blaugrüner Farbe, weil das chromatische Protoplasma noch keine Refraktion erfahren hat. Bei den reiferen und alten Formen ist die doppeltkonturierte Kapsel ganz deutlich; zwischen ihr und der zentralen chromatischen Substanz, welche intensiv violett oder blau gefärbt ist, liegt ein hyaliner Hof, welcher gleichmäßig bläuviolett oder hellgrün gefärbt ist. Dieser Hof vergrößert sich immer mehr, je älter der Parasit wird, bis er schließlich den ganzen Raum einnimmt, welcher in den jugendlichen Formen vom chromatischen Protoplasma ausgefüllt ist. Die Zahl der Parasiten ist in diesem Tumor viel geringer als in dem Neoplasma, welches den Gegenstand der vorhergehenden Arbeit bildete; auch ist die Mannigfaltigkeit der parasitären Formen nicht so beträchtlich wie dort. Viele Zellen enthalten 3–8 Parasiten, welche das Bild der sogenannten multiplen Infektion von SUDAKIEWITSCH darstellen. Die Parasiten nehmen verschiedene Kolo-

rationsphasen an. Nach der Methode mit Malachitgrün und Safranin erzielt man folgende Abstufungen: smaragdgrün, meergrün, nilgrün, gelblichgrün, hellblau, intensivblau, himmelblau . . . Die Ursache hiervon findet R. in dem Phänomen des Metachromatismus, wovon bereits FOÀ, SUDAKIEWITSCH, RUFFER, WALKER gesprochen hatten. Diese Erscheinung hängt ab von der Dauer des Aufenthaltes in den Farblösungen, von dem verschiedenen Alter der Blastomyceten und von Degenerationszuständen dieser letzteren. Auch in den Metastasen der Tumoren hat er Parasiten gefunden, welche an Form und Umfang mit denjenigen des primären Adenocarcinoms identisch waren; die jugendlichen und extracellulären Formen herrschen vor. — RONCALI hat also in seinen zwei Adenocarcinomen des Ovariums und ihren Metastasen im Netze einen Parasiten gefunden, welcher morphologisch genau übereinstimmt mit demjenigen von SANFELICE, welcher wie dieser auf die gleichen Farbstoffe reagiert und welcher sich gewöhnlich nur in beschränkter Anzahl in den Geweben findet. Den letzten Teil seiner Arbeit widmet RONCALI einer Kritik der Arbeit von FABRE-DOMERGUE.

PIANESE, Sulla natura dei corpi cancerosi. Zweite Mitteilung (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1895). P. hat besondere Fixations- und Färbemethoden angegeben:

1. Fixationsmethode:

1% wässrige Lösung von platinchromsaurem Natron	15 ccm,
0,25% „ „ „ Chromsäure	5 „
2% „ „ „ Hyperosmiumsäure	5 „
Reine Ameisensäure	1 Tropfen.

Die kleinen Stücke liegen 36 Stunden in dieser Lösung und werden dann 12 Stunden in fließendem Wasser abgespült; Alkohol, Terpentin, Paraffin. Im Terpentin verlieren die Stücke ihre Farbe, weshalb es öfters erneuert werden muß.

2. Färbemethoden:

α. Malachitgrün	1,0
Säurefuchsin	0,4
Nigrosin	0,1
Destill. Wasser	50,0
Gesättigte alkoholische Lösung von Kupferacetat	50,0.

Verfahren: 20 Tropfen dieser Mischung werden mit 10 ccm destillierten Wassers verdünnt, die gänzlich entwässerten Stücke 24 Stunden hineingelegt, in $\frac{1}{2}\%$ wässriger Oxalsäurelösung entfärbt, mit Wasser abgewaschen; Alkohol etc. Diese Methode dient für die typischen und atypischen Kariokinesefiguren. Alle Kerne der ruhenden Zellen bleiben leicht rotgefärbt, das Protoplasma gelblichrot. In den in Kariokinese begriffenen Zellen ist die chromatische Substanz (Nuklein) grün, die achromatische (Paranuklein) blaurot, das Zellprotoplasma ziegelrot.

β. Malachitgrün	0,5
Säurefuchsin	0,1
Marzino gelb	0,01
Aqua destill.	150,0
Alkohol 96°	50,0.

Verfahren: Die Schnitte bleiben eine halbe Stunde in der unverdünnten Lösung, werden hierauf mit destilliertem Wasser abgewaschen und mit absolutem Alkohol, Öl und Balsam behandelt.

Diese Methode ist für die Gewebelemente berechnet. Die Kerne der ruhenden und in direkter oder indirekter Teilung begriffenen Zellen färben sich grün, das Zellprotoplasma, Bindegewebe etc. rot; die Grundfarbe der Krebskörperchen ist rot, sie enthalten aber teils rubinrote, teils glänzendgrüne Flöckchen.

γ. Säurefuchsin und Pikronigrosin:

Gesättigte alkoholische Säurefuchsinlösung	6 Tropfen,
MARTINOTTISCHES Pikronigrosin	8 "
Destilliertes Wasser	10,0.

Verfahren: Die aus 70° Alkohol kommenden Schnitte bleiben sechs Stunden in dieser Lösung, werden in Essigsäurewasser entfärbt, entwässert, mit Bergamottöl und Balsam behandelt. Die ruhenden Kerne werden darin rot, die Kariokinesen gelb, das Zellprotoplasma olivengrün, die Krebskörperchen graulicholivengrün mit rubinroten radialen oder zentralen Häufchen.

δ. Lichtgrün und Hämatoxylin:

EHRLICH'SCHES Säurehämatoxylin	15,0
Gesättigte Lichtgrünlösung in 70° Alkohol	5,0
Aqua destill.	15,0.

In diese Lösung kommen die Schnitte aus destilliertem Wasser und bleiben eine halbe Stunde darin; tüchtiges Abspülen in destilliertem Wasser, Alkohol, Öl (Nelken- oder Bergamottöl). Die Kerne werden grün, die Krebskörperchen sind durch Hämatoxylin gefärbt.

ε. Säurefuchsin und Hämatoxylin:

EHRLICH'SCHES Hämatoxylin	15,0
1% Säurefuchsinlösung in 70° Alkohol	15,0
Aqua destill.	15,0.

Technik wie oben.

In dieser Mitteilung stützt sich der Verfasser hauptsächlich auf den von SJÖBRING, FOÁ, RUFFER beschriebenen Coccidentypus. Er hebt hervor, daß unter den Verteidigern der parasitären Natur der SJÖBRING'schen Körperchen Übereinstimmung besteht bezüglich der Form und der Struktur, nicht aber in Bezug auf Lokalisation und Vervielfältigung. Diese Meinungsverschiedenheit hängt nach ihm von zwei Gründen ab, nämlich einerseits von den verschiedenen Färbemethoden, welche benutzt worden, und andererseits von dem Umstande, daß Dinge beschrieben worden, welche nach ihrer Natur und ihrer Entstehung von einander verschieden sind. Was die Untersuchungsmethoden anbelangt meint er, daß das Hämatoxylin besonders Mucin und eine andere zwischen Schleim- und Kolloidsubstanz liegende Materie zum Vorschein treten läßt, welche letztere er Pseudokolloid nennt; durch das Säurefuchsin wird hauptsächlich die hyaline, durch das Methylgrün die kolloide und Schleimschubstanz gefärbt, während das Gentianaviolett alle diese Substanzen unverändert läßt, während es besonders die Veränderungen am Kerne (Hyperchromatolyse, Kariolyse, Kariorexesis, Metachromasie) hervorhebt. PLANESE teilt die SJÖBRING'schen Körperchen in zwei Klassen ein: die erstere umfaßt runde, ovaläre oder unregelmäßige, mit einer dicken und zuweilen doppeltkonturierten Membran versehene, bald leere, bald, und zwar häufiger, einen wenig dichten, netzförmigen Inhalt führende Körperchen, welche teils im Zellprotoplasma, teils im Kerne liegen. Einzelne derselben geben eine Reaktion, welche derjenigen der Amyloidschubstanz gleicht und sich mit den basischen Anilinfarben intensiver färben als die normalen Zellkerne. Die zweite Klasse umfaßt die eigentlichen Krebskörperchen, welche fast immer rund sind, von der Größe eines roten Blutkörperchen bis zu der einer Krebszelle und darüber, bald mit einer dicken, doppeltkonturierten Membran und einem wenig dichten, von radiären Streifen durchzogenen Inhalt versehen sind, bald eine kompliziertere Struktur aufweisen, so daß sie den Amyloidkörperchen des Rückenmarks oder der Prostata gleichen. Diese findet man stets in verschiedener Anzahl im Zellprotoplasma und zwar in umgekehrtem Verhältnisse zu ihrer Größe. Unter ihnen zeigen die ein-

fachsten eine entschiedene Hämatoxylinreaktion, die komplizierter gebauten eine nach ihren verschiedenen Bestandteilen (Hyalin, Schleim, Celloid) variierende Reaktion. Die Krebskörperchen der ersten Klasse lassen ihren Ursprung auf besondere Veränderungen des Zellkernes zurückführen, die anderen auf solche des Zellprotoplasmas und ganz besonders seiner Sekretionen. Man beobachtet die ersteren in allen Carcinom- oder auch Sarkomformen, die anderen nur beim Carcinom der Drüsen, d. h. in Zellen, die einer Sekretion vorstehen.

Der Verfasser beschäftigt sich sodann mit den Blastomyceten von SANFELICE. Er hält dieselben nicht für das pathogene Agens des Krebses und zwar unter anderen aus folgendem Grunde: Nimmt man auch an, daß die Formen von Blastomyceten bei den experimentellen Neoplasmen morphologisch vollständig identisch seien mit allen von den Autoren bei malignen Tumoren des Menschen beschriebenen und als Coccidien erklärten Bildungen, so kann sich PIANESE die negativen Resultate bei Carcinom-inokulationen und die positiven bei Impfversuchen mit experimentellen Blastomyceten-neubildungen nicht erklären. In der Beschreibung, welche SANFELICE über einen experimentellen Tumor bei der Hündin gegeben hat, konnte er keinen Beweis dafür finden, daß es sich wirklich um ein wahres Carcinom und nicht etwa um eine Bindegewebsneubildung gehandelt habe.

Auch PIANESE hat seit einiger Zeit mit Blastomyceten experimentiert, die er aus zwei Drüsencarcinomen gewonnen hat, und gelang es ihm dabei ebenfalls, nach Inokulationen mit denselben Schwellung der hinteren Zitze zu erzeugen. Während aber diese Schwellung im Beginne ganz deutlich war, nahm sie bald an Volumen ab, so daß nach circa zwei Monaten die ganze Zitze ungefähr so groß war wie unter normalen Verhältnissen. Innerhalb und etwas unterhalb der Drüse fand man erbsgroße, harte, isolierte Knötchen ohne umgebende entzündliche Erscheinungen. Von zehn zu zehn Tagen exstirpierte er je eine Zitze, fand aber nur in der ersten Blastomyceten und Veränderungen, welche eher für einen entzündlichen, denn für einen neoplastischen Prozeß sprachen. Die Knötchen waren aber vergrößerte Lymphdrüsen. Die Arbeiten werden fortgesetzt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Praxis.

Ein Fall von Alopecia universalis.

Von

Dr. M. GOLDFARB-Lodz.

Die Alopecia universalis gehört an und für sich zu den seltenen Erkrankungen, so daß sie allein deshalb schon der Erwähnung bedarf. Von ganz besonderem Interesse aber ist der mir in meiner Praxis vorgekommene Fall, welcher sich durch seine Ätiologie und raschen Verlauf auszeichnet.

Anamnese. Paul M., 46 J. alt, Pfasterer, verheiratet, aber kinderlos, konsultierte mich seiner allgemeinen Haarlosigkeit wegen. Ausser Blennorrhoe hat der Patient keine Krankheiten durchgemacht. Die Alopecie begann im Jahre 1876, ohne bestimmte Ursache, zuerst am Scheitel in Gestalt von runden sich rasch vergrößernden kahlen Stellen, die später den Bart, Schnurrbart, Augenbrauen, Wimpern und zuletzt den ganzen Körper befielen, so daß nach Verlauf von zwei Monaten der ganze Haarwuchs am Körper total verschwunden war. Die ganze Zeit, bis zum vollständigen Haarausfall, litt der Patient an Kopfschmerzen.

Status praesens. Der Patient ist von mittlerem Wuchs, gut entwickelter Muskulatur und mittlerem Panniculus adiposus. Er ist haarlos vom Haupt bis zur Sohle. Man findet nur zehn weißliche Härchen von 1—2 cm Länge am Kopfe zerstreut, drei ebensolche Härchen am Kinn und etwa zehn derselben an den Geschlechtsteilen. Störungen der Hautsensibilität sind nirgends zu finden. Die Kopfhaut ist glatt, anämisch, glänzend, ohne Schuppen und nicht atrophisch. Nägel und Zähne bieten keine Veränderungen dar; innere Organe normal. Im allgemeinen fühlt sich Patient vollständig wohl, nur der Spott seiner Kollegen, obgleich er Perrücke trägt, deprimiert ihn sehr.

In Anbetracht der 20jährigen Dauer der Krankheit, stellte ich die Prognose quoad restitutionem als sehr zweifelhaft, obgleich MICHELSON einen Fall von vollständiger Restauration der Haare nach 35jährigem Schwund derselben beschrieben hat.

Ich habe keine Behandlung verordnet, da der Patient während der langen Dauer seiner Krankheit schon genug Mittel erfolglos durchprobiert hat. Sollten sich aber die Haare, wider Erwarten, von neuem zurückbilden, so werden sie es dann ohne Arzneimittel gethan haben, deren Wirkung bei dieser Krankheit sehr zweifelhaft ist.

Der plötzliche Haarausfall ohne bestimmte Ursache, in Gestalt von scharf begrenzten Kreisen und Flecken, ohne Entzündungserscheinungen, ohne Hinterlassung von irgendwelchen Hautveränderungen gestatten keine andere Diagnose als Alopecia areata.

Wie bekannt, ist bis jetzt die Frage noch unentschieden, ob Alopecia areata eine Trophoneurosis oder parasitäre Erkrankung sei. Auf Grund meiner persönlichen Beobachtungen neige ich mich der parasitären Theorie zu, da ich zu wiederholten Malen die Gelegenheit gehabt zu beobachten, wie Mann und Frau oder Zimmernachbarn bei intimum Zusammensein sich gegenseitig infiziert haben. Im gegebenen Falle bin ich mehr für eine Trophoneurosis, da im entgegengesetzten Falle seine Frau oder jemand von seiner Umgebung im Laufe von 20 Jahren doch genug Gelegenheit hatten, sich von ihm infizieren zu können. Ferner spricht für eine Trophoneurosis der Kopfschmerz, der bis zum vollständigen Haarausfall angedauert hat.

In Anbetracht dessen muß man annehmen, daß unter einem und demselben klinischen Bilde zwei verschiedene Erkrankungen verlaufen, von denen die eine vielleicht trophoneurotischer, die andere parasitärer

Natur ist. Vielleicht gelingt es der Zukunft, Klarheit in dieser bis jetzt dunklen Frage zu bringen.

Abgesehen von der Ätiologie verdient ferner noch der abnorm rasche Verlauf der Krankheit unsere Aufmerksamkeit: im Laufe von zwei Monaten hat der Patient sein ganzes Haar eingebüßt, während in den anderen Fällen von allgemeiner Alopecie, wie z. B. den von MICHELSON u. a. mitgeteilten, ein Zeitraum von 2 bis 3 und sogar 30 Jahren bis zum vollständigen Haarausfall verstrichen war. In denjenigen Fällen dagegen, wo die Haare in 2—3 Wochen ausfielen, ist die Diagnose Alopecia areata wenig wahrscheinlich, weil die Haare in unmittelbarer Folge von allgemeinen Erkrankungen, wie Typhus, Scharlach und ähnlichen, ausgefallen waren.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 19. Februar 1897.

(Originalbericht von A. JORDAN-Moskau.)

1. Herr KRACHT stellt eine Kranke mit **Skleroderma** vor. Die betreffende, 19jährige Patientin wurde vor ca. 1½ Jahren in die Moskauer dermatologische Klinik aufgenommen. Anßer der Haut erwiesen sich damals auch die Muskeln und insbesondere diejenigen der Augen und der Zunge affiziert. Im Mai vorigen Jahres konnte Patientin als gebessert durch die in Massage und Bädern bestehende Behandlung der Gesellschaft vorgestellt werden. Seitdem hat die Besserung weiter zugenommen.

2. Herr NIKULIN stellt eine 22jährige Patientin mit der Diagnose **Keratoderma symmetrica (BESNIER)** vor, welche vor 5 Jahren im Anschluß an eine croupöse Pneumonie aufgetreten sein soll. Die Affektion hat an den Fingern resp. den Zehen ihren Anfang genommen und betrifft jetzt, in Rötung und Schuppung der Haut bestehend, die volare und dorsale Fläche der Hände und Füße, wie die Beuge- und Streckseiten der Vorderarme und Unterschenkel, wobei die unteren Extremitäten und insbesondere die Fußsohlen stärker affiziert sind. Etwas über den Ellbogen resp. den Knien hört die Affektion auf. An den Oberarmen und Oberschenkeln beobachtet man Lichen pilaris. Die Nägel an den Fingern sind normal, diejenigen an den Zehen brüchig.

3. Vortrag von Herrn SCHEGOLEW als Gast: **Einige praktische Winke zur Färbung der Gonokokken auf Deckglaspräparaten.** Verfasser rät, zur besseren Fixierung des zu untersuchenden Materials das Deckglaspräparat nach leichter Erwärmung über der Flamme noch in Alkohol und Äther zu gleichen Teilen zu legen. Zur Färbung bediente sich Verfasser ausschließlich der von PICK und JACOBSON empfohlenen Karbolfuchsin-Methylenblaulösung.

Herr LANZ sieht in dieser Art der Fixierung keinen Vorteil, sondern eher einen Nachteil, weil sie zeitraubend und unnütz ist, da die gewöhnliche Art mittelst Durchziehen des Deckglaspräparates durch die Flamme vollständig genügt. Die vom Verfasser bevorzugte Farblösung hält LANZ nicht für besser, als die sonst gebräuchliche, so z. B. auch die von ihm angegebene Trichloressigsäure-Methylenblaufärbemethode.

Herr ORLOW stimmt LANZ bei.

4. Herr POSPELOW demonstriert die Moulage eines Falles von **Herpes zoster gangraenosus** mit ungewöhnlicher Lokalisation. Bei einer hysterischen, wegen Erythromelalgie in der dermatologischen Klinik zu Moskau behandelten Patientin trat eine in querer Richtung über die Mitte der vorderen Fläche des rechten Unterschenkels hinziehende, schmale, oberflächliche Ulceration der Haut auf, welche zuerst den Eindruck einer künstlich durch einen glühenden Draht hervorgerufenen Verbrennung machte. Das 2 cm breite und 8 cm lange Geschwür zeigte scharf begrenzte, rötlich violette, gezackte Ränder, einen gelblich-grünen Grund und in seinen Ecken einzelne Herpesbläschen. Ähnliche Beobachtungen über derartige, dem Verlauf der Nerven nicht entsprechende Herpes zoster-Eruptionen stammen aus letzter Zeit von BRISSAUD und ACHARD.

5. Bericht von Herrn SPERANSKI: **Über den Syphilidologen-Kongress in St. Petersburg im Januar 1897.**

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

(Sitzung vom 9. April 1896.)

1. **Ein Fall von Neurodermitis papulosa pigmentosa**, von SCHWIMMER. Patient wurde vom Vortragenden bereits vor 2 Monaten vorgestellt, die Diagnose war aber keine bestimmte, indem die Veränderungen auf der Haut teils ekzematös, teils lichenoid waren. Die Behandlung war eine indifferente, um den Fall genauer beobachten zu können. Nach zweimonatlicher Beobachtung, wo das Verschwinden und Auftauchen der verschiedenen Efflorescenzen beobachtet werden konnte, sah er sich veranlaßt, eine Neurodermitis papulosa pigmentosa im Sinne der französischen Schule anzunehmen. Vortragender macht darauf aufmerksam, daß der Kranke vor 2 Monaten eine recente Syphilis mit Haut- und Schleimhauterscheinungen hatte, wodurch einzelne der Mitglieder durch diese Komplikation auf Irrwege geführt wurden. Auf eine energische antiluetische Behandlung haben sich die syphilitischen Erscheinungen zurückgebildet und zur Zeit persistiert noch immer die damalige Hautaffektion, deren wesentliche Merkmale aus Papeln und Pigmentationen bestehen, welche sich symmetrisch auf beiden Oberarmen teils in Gruppen, teils linienweise präsentieren, einige mit normaler Oberfläche, viele mit Epidermisverlusten. Dieselben sind stecknadelkopf- bis hanfkorngröÙ, nicht konfluierend und secernierend, selbe zeigten nie einen Übergang in andere Formen. An Stelle vieler zurückgebildeter Papeln befinden sich saepiabraune Pigmentationen, welche scharfe Konturen besitzen. Diese Pigmentationen hält SCHWIMMER für ein charakteristisches Symptom, wie solche auf Lichenifikation vorkommen. In Anbetracht der Anordnung der Efflorescenzen und nach deren Zurückbildung spontan auftretenden Pigmentationen ist er der Ansicht, daß diese Affektion auf einer Nervenerkrankung beruht, welche Annahme die Untersuchung des Nervensystems zu bestätigen scheint, indem bei Patienten partielle Par- und Anästhesien konstatiert werden konnten.

Auf die Anfrage RÓNAS, ob zuerst der Pruritus oder die Papeln auftraten, bemerkt SCHWIMMER, daß beide zu gleicher Zeit beobachtet wurden. — TÖRÖK bemerkt, daß die Hautveränderungen bloß als ein Symptom der vorhandenen Nervenveränderungen

aufzufassen sind, und stimmt der Ansicht SCHWIMMERS vollkommen bei, indem auch er das Entstehen der Läsionen sich so vorstellt, daß zuerst Veränderungen in den Nerven zu stande kommen, welche ein Jucken verursachen, welches dann den Kranken zum Kratzen zwingt, wodurch dann die Papelnbildung, Lichenifikation und Ekzematisation entsteht. — HAVAS hielt den Fall bei der früheren Vorstellung für eine Art der Mykosis fungoides, ist jedoch jetzt ebenfalls der Ansicht SCHWIMMERS. — BASCH findet bei diesem Falle evidente Symptome einer Angioneurosis, dieser Umstand wäre ebenfalls wichtig bei Aufstellung der Diagnose. — SCHWIMMER bemerkt schließlich, daß die Diagnose derartiger Fälle allenfalls Schwierigkeiten bietet, möchte aber noch einmal die Aufmerksamkeit auf die Pigmentationen lenken, welche als ständiges Symptom diese Hautaffektion begleiten.

2. Ein Fall von Lichen corneus, von SCHWIMMER. Der gutgenährte und kräftige Kranke bemerkte vor einigen Monaten auf dem Unterschenkel einen Ausschlag, welcher ziemlich juckte. Seit einigen Wochen bilden die dicht aneinander gereihten Efflorescenzen auf der Beugeseite des einen Unterschenkels eine ca. 10 cm lange und 4 cm breite Fläche. Beiläufig während 6 Wochen veränderte sich das Krankheitsbild, indem die Oberfläche rauh, verdickt und verhärtet wurde. Die übrige Hautoberfläche zeigt keine Veränderungen. Die klinische Diagnose wurde auf Basis eben geschilderter Veränderungen auf diejenige Klasse des Lichen ruber planus gestellt, welche zu starken Infiltrationen führt, unter denen sich die primären Efflorescenzen beinahe ganz zurückbilden. Auf diese Veränderungen haben schon HALLOPEAU und DARIER hingewiesen, die diese Affektion Lichen sclerosus benannten. Die histologische Untersuchung eines excidierten Hautstückchens bestätigte ebenfalls die Diagnose.

HAVAS bemerkt, daß auch eine Art der Psoriasis ähnliche Veränderungen hervorrufen kann. — RÓNA ist der Ansicht, ob man derartige Lichen corneus-Fälle, bei denen man trotz mehrmonatlicher Beobachtung Lichenefflorescenzen sich nicht entwickeln sieht, in der That mit dem Lichen planus in Zusammenhang bringen kann. Er beruft sich auf den am Breslauer dermatologischen Kongresse vorgestellten Fall, welcher von mehreren hervorragenden Klinikern verschiedenartig gedeutet wurde. — TÖRÖK bemerkt RÓNA gegenüber, es wäre eine forcierte Aufgabe, von den Lichen corneus-Fällen die Lichen planus-Fälle zu studieren.

3. Ein Fall von Diverticulum urethrae, von FELEKI. Der 25jährige Beamte hatte nie ein Urethral- noch ein Blasenleiden. Seit Jahren bemerkt er, daß nach Beenden der Miktion, beim Niedersetzen oder beim Gehen sich aus der Harnröhre noch nachträglich eine Menge von beiläufig einem Fingerhute Urin entleert. Der Harn hat normale Beschaffenheit, subjektive Beschwerden sind nicht vorhanden, sowohl die chemische als auch die mikroskopische Untersuchung des Urins konnte pathologische Elemente nicht nachweisen. Die urethroskopische Untersuchung der Harnröhre zeigt keine pathologischen Veränderungen, nur vor dem Bulbus ist eine 4 cm lange Ausbuchtung zu konstatieren. An dieser Stelle ist die zentrale Einstellung des Endoskops nicht möglich, bei parietaler Einstellung ist die Schleimhautwandung glatt zu sehen. Wenn unmittelbar nach dem Urinieren das Urethroskop vorsichtig bis zu dieser Ausbuchtung eingeführt wird, füllt sich der Tubus mit Urin. Der Ottische Urethrometer kann in der Ausbuchtung bis auf 45 Ch. gedehnt werden, ohne daß daselbst ein spannendes Gefühl eintreten würde, während einige Centimeter vorher Patient schon bei 25 Ch. ein schmerzhaftes Spannen fühlt. Nachdem jede pathologische Veränderung ausgeschlossen werden kann, hält F. den Fall für eine Bildungsanomalie, und zwar für ein kongenitales Divertikel.

WOHL hatte vor einigen Jahren Gelegenheit gehabt, einen ähnlichen Fall zu sehen.

4. **Neoplasma der Blasenwand (?) als Ursache einer chronischen Harnretention**, von FELEKI. Bei dem 62jährigen Patienten stellte sich vor 1½ Jahren plötzlich eine Urinretention ein. Die Blase war bis zum Nabel erweitert, die Entleerung derselben konnte mit dem Katheter ohne Schwierigkeiten durchgeführt werden. Die Ursache der Retention konnte weder auf die Blase, noch auf die Prostata, Harnröhre oder auf irgend welche Veränderung des Nervensystems bezogen werden. Der Urin entleerte sich auch weiterhin nicht spontan, es mußte durch längere Zeit katheterisiert werden, was der Kranke selbst, der Arzt ist, dreimal, später zweimal täglich bewerkstelligte. Als sich der Kranke vor ¾ Jahren wieder meldete, konnte er den Urin spontan lassen, es blieb aber stets eine ziemliche Menge Residualharn zurück. Zu gleicher Zeit bestand eine mit unbedeutenden subjektiven Symptomen einhergehende Cystitis. Seit einigen Monaten findet man in der Bauchhöhle entsprechend der Blasegegend eine kompakte, scharfbegrenzte, auf Druck schmerzhaft Geschwulst, welche vor 6—8 Wochen faustgroß durch die Bauchwand tastbar war. Die Geschwulst nähert sich bei gefüllter Blase mehr der Nabelgegend, während der Katheterisation sinkt selbe zur Symphyse. Der Ausgangspunkt der Geschwulstbildung konnte nicht mit Gewißheit konstatiert werden; seiner Meinung nach ist die Geschwulst ein aus der Blasenwandung sich entwickelndes Myom, welches sich stets gegen den prävesikalen Raum vergrößert. Dafür spricht sowohl das langsame Wachstum und das gute Aussehen des Patienten; dies giebt auch die Erklärung für die Funktionsstörung der Blase.

5. **Ein Fall von Cystitis catarrhalis ammoniacalis (ROVSING)**, von FELEKI. Der 30jährige Patient acquirierte vor 2 Jahren eine Blennorrhoe. Zur Zeit ist der Ausfluß gering, schleimartig und gonokokkenfrei, der Urin erscheint für den ersten Augenblick rein, betrachtet man aber den frischgelassenen Harn nach ganz kurzem Zuwarten bei Gasflamme, so sieht man darin eine zahllose Menge kleine fettglänzende Krystalle schwimmen, welche rasch zu Boden sinken und eine weiße, dichte Bodenschicht bilden. Diese Krystalle erwiesen sich mikroskopisch als Tripelphosphatkrystalle, und selbst im frischgelassenen Harn sind zahlreiche Bakterien zu konstatieren. Der Harn ist schwach ammoniakalisch, geruchlos und eiterfrei, subjektive Symptome der Cystitis fehlen, nur beim Harnlassen fühlt Patient geringe stechende Schmerzen, welche wahrscheinlich durch die sich entleerenden Krystalle verursacht werden. Einzelne Autoren zählen derartige Fälle zur Bakteriurie, die die von ROBERT beschriebenen Symptome annimmt und auch nur jene Fälle hierher einreicht, bei denen in die Blase kein Instrument eingeführt wurde, so wäre dieser vorgestellte und ähnliche Fälle als Cystitis catarrhalis ammoniacalis aufzufassen. Therapeutisch durch Anwendung parasiticider Mittel ein Erfolg zu erzielen.

MÁTRAI untersuchte ebenfalls diesen Fall chemisch und bakteriologisch; gestützt auf seine Untersuchungsergebnisse hält er diesen Fall für eine Bakteriurie.

6. **Ein Fall von Bromexanthem oder Erythema hydroa (?)**, von RÔNA. Die Anamnese des 34jährigen Kranken ist schwer zu eruieren und darum auch nicht verläßlich. Patient leidet angeblich seit dem Jahre 1887 an Acne vulgaris des Gesichtes und des Rückens, im Jahre 1888 überstand er eine akute Hauterkrankung. Anfangs 1894 bemerkte Patient zuerst einen dem jetzigen ähnlichen Blasen Ausschlag, mit welchem er 2½ Monate im Hospitale verblieb, mit 1 monatlicher Unterbrechung wieder 6 Monate Hospitalsbehandlung genofs. Ende 1894 lag er in einem Provinzhospitale, wo das Exanthem auf Arsenbehandlung sich besserte. Patient nahm auch weiterhin Monate hindurch das Arsen, wobei er sich verhältnismäßig wohl befand. Am 5. Januar l. J. bekam er plötzlich tonische Krämpfe in den Extremitäten, welche auch einmal die Zunge ergriffen. Gegen diese Nervenaffektion wurde er auf einer inneren Kranken-

abteilung mit Bromkalium behandelt, worauf sich jenes Exanthem entwickelte, welches auch noch zur Zeit sichtbar ist. Patient nahm am 22. Februar das letzte Mal Bromkalium; seit dem sistierten die tonischen Krämpfe. — RONA beobachtet Patienten seit dem 16. März l. J. und konnte an dem ziemlich herabgekommenen Kranken dreierlei Hautaffektionen konstatieren: 1. eine Acne vulgaris im Gesichte und auf dem Rücken; 2. eine lichenoid Form auf dem Rumpfe und den oberen Extremitäten, welches in Anbetracht der seit einigen Monaten auf dem Halse bestehenden Drüenschwellungen als Lichen scrophulosorum aufgefaßt werden kann, 3. im Gesichte, auf der Stirne und Kopfhaut, den oberen Extremitäten und der Regio publica erythematöse Flecke, in deren Mitte sich linsengroße, mit reiner Flüssigkeit gefüllte Bläschen befinden, oder mit einer erbsengroßen, feinen Kruste bedeckt sind, deren Umgebung eine livide Infiltration zeigt, welche wieder mit wasserklaren kranzartigen Bläschen umgeben sind. Außerdem sieht man stellenweise ohne Erythem Solitärbläschen, besonders am Penis sind die Bläschen zahlreich und dicht. Diese dritte Exanthemform, welche mit etwas Jucken einhergeht, läßt auf ein Bromexanthem oder auf ein Erythema vesiculosum circinatum (Erythema hydroa) schließen. Vorläufig möchte RONA noch keine bestimmte Diagnose machen. Was die Nervenaffektion anbelangt, scheint dieselbe mit der Hautaffektion in keinem Zusammenhange zu stehen.

SCHWIMMER hält das Leiden für ein Bromexanthem.

7. POPPER demonstriert 4 Kranke, bei denen er seine **Prostataelektrode (Elektromassator)** mit gutem Erfolge angewendet hat. Die Patienten litten an Spermatorrhoe, Prostatorrhoe, Prostat hypertrophie; bei allen erzielte er auffallende Besserung, ja sogar Heilung. Die Behandlung besteht in der Anwendung des faradischen Stromes, welcher während der Anwendung abwechselnd verstärkt und geschwächt wird, so daß kein Tonus, sondern temporäre energische Kontraktionen entstehen. Hauptsächlich lieferte ein überraschendes Resultat der Patient mit der Prostat hypertrophie, wo sich die hühnereigroße Prostata auf diese Behandlung zurückbildete. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, um ein endgültiges Resultat aussprechen zu können.

ALAPI bemerkt zu dem letzten Fall, die Ursache der rasch aufgetretenen Besserung resp. Verminderung der vergrößerten Prostata möchte er nicht auf die Einwirkung des Instrumentes zurückführen, sondern auf die Veränderung der Kongestionsverhältnisse der Prostata.

8. Über die Ätiologie und Therapie der Bubonen hielt DEUTSCH einen Vortrag. Vortragender befaßte sich seit 3 Jahren mit obigem Thema auf der Abteilung Prof. SCHWIMMERS und kam zu folgenden Schlüssen: Die Natur der Bubonen sollte durch Inokulationen ermittelt werden, es wurden daher 66 Inokulationen ausgeführt mit dem Eiter von teils Ulcus molle, teils Ulcus induratum komplizierenden suppurierenden Bubonen, von denen in 6 Fällen positives Resultat erzielt wurde, indem typische Geschwüre entstanden sind, bei denen teilweise das spezifische Mikrobium des Ulcus molle nachweisbar war. In einem Falle entstand von der Pustel, bei der zur Zeit der Inokulation die Infektion noch regionär war, ein Ulcus induratum. In den Fällen, in denen die Inokulation negativ war, hatte auch die Bubonenhöhle keine schankröse Beschaffenheit; diese Bubonen (sympathische Bubonen) heilten auch rascher als diejenigen, bei denen die Inokulation positiv war, woselbst auch die Bubonenhöhle eine schankröse Beschaffenheit hatte. Die klinischen Untersuchungen überzeugten ihn, daß, obzwar die Bubonenhöhle von außen infiziert werden kann, doch primäre schankröse Bubonen existieren, nämlich solche, deren schankröse Infektion auf dem Wege der Lymphbahnen entsteht. Dafür sprach auch nebst anderen Beweisen jener Fall, bei dem nach abgeheiltem Ulcus molle ein Bubo suppurans entstand und

dessen Eiter eine positive Inokulation ergab. — Die bakteriologischen Untersuchungen, welche noch nicht abgeschlossen sind, haben folgende Resultate ergeben: Es giebt 1. Bubonen, in deren Eiter gar kein Mikroorganismus zu finden ist, die heilten am raschesten; 2. Bubonen, in deren Eiter Staphylokokken (pyogenes, aureus) nachweisbar sind, diese heilten bereits langsamer; 3. Schankerbubonen, in deren Eiter der DUCREY-KREFTINGSche Bacillus nachweisbar war, ebenso in den Inokulationspusteln. Sowohl die klinischen als auch die bakteriologischen Untersuchungen bestätigen also die schon von RICORD ausgesprochene Annahme eines sympathischen und schankrösen Bubos, welche Eigenschaft auch für die Heilungsdauer ausschlaggebend ist. — Was die Therapie anbelangt, wurde auf der Krankenabteilung Jahre hindurch die regelrechte chirurgische Behandlung geübt. Seit 2 Jahren aber wurde die Methode der kleinen Incision eingeführt, welche Methode unvergleichlich bessere Resultate erzielte. Die Behandlung war die möglichst einfachste, indem ja die Art des Bubos dasjenige Moment ist, welches die Heilungsdauer beeinflusst. Diese Thatsache würde auch die verschiedenen mehr oder weniger belobten Heilmittel auf ihren richtigen Wert reduzieren. Es wurden auch Versuche gemacht mit der Abortivbehandlung, jedoch mit ungünstigem Resultate.

HAVAS hat während 10—11 Jahren ca. 150 Bubonen durch Eröffnen und Auskratzen behandelt, deren durchschnittliche Heilungsdauer mit dieser Methode 17 Tage ausmachte. Nach der Publikation der LANGSchen Methode versuchte er ebenfalls dieses Abortivverfahren, sah jedoch keinen Vorteil von demselben. Zur Zeit macht er eine kleine Incision, und wenn die Heilung nicht in bestimmter Zeit eintritt, so eröffnet und kratzt er den Bubo in seiner ganzen Ausdehnung aus. — ASCHNER macht Vortragenden darauf aufmerksam, daß er nicht nur den Buboneneiter, sondern auch von Fall zu Fall jenen des Ulcus molle bakteriologisch untersuchen möge, und durch Vergleichung beider Resultate wäre wahrscheinlich zu konstatieren, warum der Bubo in einem Falle schankrös sei, und in dem anderen Falle nicht. Bezüglich der Therapie schließt er sich der Ansicht HAVAS' an. — RÓNA ist auf Grund seiner Untersuchungen der festen Ansicht, daß der DUCREY-KREFTINGSche Bacillus Urheber des Ulcus molle ist; denselben konnte er auch in einem Bubonulus nachweisen. Auf Grund der Untersuchungen des Vortragenden und anderer scheint es nun heute erwiesen zu sein, daß ein Teil der Bubonen infolge des DUCREY-KREFTINGSchen Bacillus entstehe. Was die Therapie anbelangt, hält er dafür, daß für den jeweiligen Fall auch die ihm entsprechende Methode angewendet werde. — SCHWIMMER bestätigt die Resultate des Vortragenden, der die Untersuchungen unter seiner Aufsicht durchführte. Zweckmäßig wäre es, bei jedem einzelnen Bubofalle Inokulationen zu machen; auf diese Weise könnte man über die Beschaffenheit der Bubonen Aufklärung bekommen. Therapeutisch hält er die Eröffnung mit kleinem Schnitt am zweckmäßigsten.

A. Aschner-Budapest.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Januar 1897.

I. Ein Fall von Myoma multiplex der Haut, von H. R. CROCKER. Fälle von multiplen Myomen der Haut sind äußerst selten. In der Litteratur sind im ganzen

bisher zwölf verzeichnet. BABES teilt sie je nach ihrem Ursprunge ein in: 1. Myome, welche von der Gefäßwand durch Proliferation ihrer Muskelemente entspringen (Angio-Myomata). Sie sind gewöhnlich solitär und tief gelagert. 2. Hyperplasien der Arrectores pili, welche multiple Tumoren bilden oder Teile von Vaskularnaevi. 3. Neoplasmen, die aus den tiefen Muskelschichten der Haut entstehen, entweder diffus wie bei der Elephantiasis lymphangiectodes und Pachydermia myxomatodes oder umschrieben, dann gewöhnlich bisweilen multipel. 4. Myomata, die sekundär die Haut ergreifen oder in Embryonalresten ihren Ursprung haben.

Verfasser möchte nach seiner Erfahrung die Tumoren einfach einteilen in oberflächliche und tiefe. Die oberflächlichen würden den multiplen Tumoren entsprechen, welche von den Arrectores pili, weniger häufig von den Muskelwänden der Gefäße ihren Ausgang nehmen. Die tiefen würden die solitären Tumoren BESNIERS und alle anderen Formen der BABESSchen Klassifikation mit Ausnahme der zweiten einschließen.

Der Fall, den Verfasser Gelegenheit hatte zu beobachten, gehört zur Kategorie der oberflächlichen multiplen Myome. Es handelt sich um einen 43jährigen Patienten, der vor elf Jahren auf der linken Seite des Unterkiefers ohne ersichtliche Ursache einen einzelnen kleinen Tumor erhielt. Zwei Jahre später zeigte sich ein zweiter, etwa einen Zoll von dem ersten entfernt. Seit der Zeit sind die Geschwülste zahlreicher, einige derselben auch größer geworden. Gegenwärtig hat er 27 hirsekorn- bis bohnen große, feste, braunrote Tumoren. Sie sind auch auf starken Druck unempfindlich. Die Haut über denselben ist intakt. Während die Geschwülste anfangs nur langsam und allmählich sich entwickelten, sind sie in den letzten Jahren rascher gewachsen, weshalb vom Verfasser die vollständige Beseitigung vorgeschlagen und auch ausgeführt wurde. Der Mitteilung des histologischen Befundes schickt Verfasser die Krankengeschichten aller analogen Fälle voraus, welche bisher in der Litteratur publiziert worden sind. Die hauptsächlichsten Merkmale sind: Die außerordentlich langsam fortschreitende Entwicklung der Tumoren; ihre Neigung, sich zu dicht besäeten und halbkonfluierenden Plaques zu gruppieren; ihre asymmetrische Verteilung; die mässige Größe, welche sie erreichen. Nur selten sieht man sie größer als eine Erbse. Ferner ist allen Fällen gemeinsam die dunkelrote Farbe, die feste Konsistenz der Tumoren mit einer normalen Epidermis über ihnen; ihre Beweglichkeit auf den darunterliegenden Hautpartien; ihre anfängliche Unempfindlichkeit mit der später eintretenden großen Neigung zu intensiven, paroxysmalen, spontanen Schmerzen. Schließlich recidivieren sie nicht, sobald sie einmal entfernt sind. Eine besondere Stelle (vergl. Bd. IX, Februar 1897) weist der Verfasser den beiden von WOLTERS beschriebenen Fällen zu, die in vieler Beziehung eine auffallende Ähnlichkeit mit einem Xanthoma diabeticorum haben. Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Tumoren im Falle des Verfassers ergab zunächst eine unveränderte Epidermis. Die Geschwulst lag in dem tieferen Teil des Coriums. Die Papillarschicht war in einigen Schnitten frei, in anderen von der Geschwulst ergriffen. Die kleinen Tumoren lagen um die Haarfollikel herum, von denen ein größerer oder kleinerer Teil immer im Zentrum des Gewächses gesehen wurde. Das Haar selbst und der Haarfollikel waren intakt, nur waren beide sowohl in Längs- wie in Querschnitten von einer dicken Lage glatter Muskelfasern dicht umkleidet. Diese sah man auch deutlich in Schnitten, welche durch die Talgdrüsen und Schweissdrüsen gelegt waren. Die Muskelfasern verliefen kreuz und quer. Die Blutgefäße waren zwar nicht zahlreich, aber wo sie vorhanden waren, zeigten sie die Verdickung der Muskelwand; dasselbe war bei den Venen unterhalb der Gewächse der Fall. Am deutlichsten traten die Muskelfasern in mit Pikrokarmin und Karmin gefärbten Präparaten hervor.

II. Syphilis maligna, von A. NEISSER-Breslau. (Vortrag, gehalten auf dem III. internationalen Dermatologen-Kongress in London. August 1896.) Der Vortragende giebt zunächst eine Definition der malignen Syphilis, hebt die wichtigsten charakteristischen Merkmale derselben hervor, führt den Nachweis, daß sie nicht durch ein frühzeitiges Auftreten tertiärer Erscheinungen gekennzeichnet sei und deshalb auch nicht den Namen „*Syphilis maligna praecox*“ oder „galoppierende Syphilis“ verdiene, sondern daß sie vielmehr als eine sekundäre Manifestation der Krankheit und nicht nur wegen des frühzeitigen Erscheinens der Läsionen, sondern auch wegen ihrer Multiplizität, der Art ihrer Verteilung, der heftigen allgemeinen Symptome, wie Fieber, Anämie, Kachexie, Schlaflosigkeit, Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen anzusehen sei. Der Vortragende bespricht die Differentialdiagnose zwischen der *Syphilis tertiaria praecox* und der *Syphilis maligna*, zeigt insbesondere, durch welche Eigentümlichkeiten sich die Ulceration der malignen Syphilis von derjenigen des tertiären Stadiums unterscheidet. In vielem jedoch, das giebt der Vortragende zu, wird die Unterscheidung zwischen früh auftretenden tertiären und den Symptomen der *Syphilis maligna* schwer sein. Letztere kann sowohl in der erworbenen wie in der kongenitalen Form existieren. Bei der Frage nach dem Wesen der malignen Syphilis glaubt Vortragender, daß kein Grund vorhanden sei, eine bösartigere Beschaffenheit des syphilitischen Virus für das Auftreten der malignen Symptome verantwortlich zu machen. Wahrscheinlich sei an der Malignität eine besondere Empfänglichkeit und Empfindlichkeit der erkrankten Person selbst schuld. Ebenso wenig ist eine genügende Stütze für die Hypothese vorhanden, daß die maligne Syphilis der Einführung einer abnorm großen Quantität des syphilitischen Virus zur Zeit der Infektion ihr Entstehen verdanke. — Die Syphilis tritt in den letzten Jahrhunderten nicht mehr so bösartig auf wie in früheren. Die Ursache davon sieht der Vortragende in der größeren Widerstandsfähigkeit des Individuums, in der verminderten Intensität des syphilitischen Virus, in der größeren Sorgfalt, im strengeren System der antisiphilitischen Behandlung, in der Verbesserung der allgemeinen sanitären Verhältnisse. Die Erfahrung lehrt, daß Patienten, welche an maligner Syphilis leiden, die Quecksilberbehandlung sehr schlecht vertragen, und daß große Vorsicht bei der Verordnung des Mittels geboten sei. Von „forcierten Kuren“ sei kein Erfolg zu erwarten. Häufig habe eine selbst jahrelang fortgesetzte antisiphilitische Behandlung auf den Zustand des Patienten keinen Einfluß. In solchen Fällen vermögen nur noch Tonica (Arsenik, Strychnin, Eisen, Chinin) und Bäder, insbesondere Seebäder und Schwefelbäder, ferner die äußere Applikation von Schwefelsalbe wohlthuend zu wirken. Die Prognose der malignen Syphilis, soweit es sich nur um Hauptsymptome handelt, ist im allgemeinen gut.

Februar 1897.

I. Die durch Syphilis hervorgerufenen Blutveränderungen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Diagnose und therapeutischen Bedeutung, von J. JUSTUS-Budapest. (Vergl. Referate Bd. XXII, S. 536 und Bd. XXIII, S. 454.)

II. Bemerkung über Hautreizung infolge Manipulirens mit Hyacinthenknollen, von W. T. FREEMAN. Der Staub, welcher sich in Hyacinthen befindet, besteht zumeist aus Insektenüberresten, welche zahlreiche Parasiten enthalten, unter anderen einen, der dem *Acarus scabiei* sehr ähnlich sieht. Arbeiter, die mit Hyacinthen viel hantieren, bekommen zuweilen an den Händen, Armen und im Gesicht einen Ausschlag, der sich in eigentümlichen Hautrissen kund giebt, der aber noch nicht als Ekzem angesehen werden kann, sondern mehr an die Milbengänge bei Scabies erinnert. Der Name des Parasiten ist *Rhizoglyphus echinopus*.

III. **Einige neue Rezeptformeln**, von H. SKINNER. Als Salbengrundlage, die leicht resorbierbar, aseptisch, nicht zu fettig und gut applizierbar ist, empfiehlt Verfasser eine Verbindung von Lanolin, Vaselineum album, Lanolinseife und Aqua rosarum. Die Seife wird in dem Rosenwasser aufgelöst, Lanolin und Vaseline unter Rühren zugesetzt. Das Umrühren geschieht bis zum Erkalten der ganzen Mischung.

Gegen tiefe Hautrisse ist „Emol Keleet“ in folgender Kombination sehr vorteilhaft:

R	<i>Emol Keleet</i>	7,0
	<i>Zinci oxydat.</i>	3,5
	<i>Glycerin., Plumb. subacet.</i>	aa q. s.
	<i>Lanolin, Vaseline</i>	aa 15,0.

Die Salbe wird des Nachts appliziert, die Hände werden mit einer Leinenbinde verbunden. Das Emol Keleet hat eine starke erweichende Wirkung. In Verbindung mit einer neutralen Seife ersetzt es das weiche Wasser beim Waschen, macht die Haut geschmeidig und übertrifft in dieser Beziehung die überfetteten Seifen.

Zur Reinigung eines mit Seborrhoe behafteten Kopfes empfiehlt Verfasser folgende Vorschrift:

R	<i>Sapon. cast. alb.</i>	
	<i>Spir. vin. rect.</i>	aa 30,0
	<i>Aether. Methyl.</i>	7,0
	<i>Aq.</i>	100,0.

Die Seife wird in dem Wasser aufgelöst, der Spiritus zugesetzt, die Mischung filtriert und der Methyläther hinzugefügt. Verschiedene Ingredienzien können mit dem Präparate noch vermischt werden.

Im folgenden teilt Verfasser noch einige Formeln mit flüssigem Quillaja-Extrakt mit.

März 1897.

I. **Dermatitis herpetiformis. Eigene Erfahrungen mit der Krankheit**, von Dr. X. Der anonyme Verfasser ist selbst der Patient, dessen Krankengeschichte ausführlich mitgeteilt wird. Bis zum Jahre 1893 war seine Haut hell, weiß und zart, wie die Haut eines Kindes. Während der Monate Juli und August, als die Hitze außerordentlich groß war, mußte der Patient in einer kleinen, niedrigen Hütte schlafen. Nacht für Nacht war er in Schweiß gebadet; um sich abzukühlen, trat er des Nachts öfter auf eine Veranda. Bei einer solchen Gelegenheit glaubt Verfasser sich intensiv erkältet zu haben. Im Juli 1893 zeigte sich in der Mitte des Rückens über dem fünften Lendenwirbel eine markstückgroße, rauhe, gereizte, gerötete Hautstelle. Nicht lange nachher trat ein ähnlicher Fleck über der linken Schulter auf, und in wenigen Wochen war mit Ausnahme des Gesichtes, der Handteller und Fußsohlen der ganze Körper von solchen roten Flecken bedeckt. Im weiteren Verlaufe zeigten die Flecken einen blasenbildenden Rand, während das Zentrum abbläste. Die Aufhellung der Hautstelle schritt peripherisch vorwärts, bis die Efflorescenz ganz verschwunden war, um neuen Platz zu machen. Das Jucken war zeitweilig so unerträglich, daß der Patient sich mit Selbstmordgedanken herumgetragen hat. Kein Mittel half. Kokain vermochte das Jucken etwas zu mildern. Auch ein wiederholter mehrmonatliche Aufenthalt in England zum Zwecke der Heilung verlief resultatlos. Der Zustand hatte sich eher verschlimmert als gebessert. Im Januar 1896 bekam der Patient Intermittens mit täglichen Fieberattacken. Während derselben hat sich die Haut zusehends gebessert. Nach Verlauf einer Woche schien der Verfasser geheilt zu sein. Sobald jedoch das Fieber verschwunden war, kehrte das alte Leiden wieder und hat den verzweifelnden Patienten bis jetzt nicht verlassen. C. Berliner-Aachen.

I. Über die Bedingungen, unter denen sich die Hämaturien der Blase und die der Nieren erzeugen, von PASTEAU und ESCAT von der Klinik GUYONS. Blutungen der Blase und der Nieren können natürlich auch traumatisch, z. B. durch äussere Gewalteinwirkung, durch den Katheterismus entstehen; diese sind in vorliegender Arbeit ausgeschlossen. Als ursächliche Momente für die in der Blase entstehenden Hämaturien kommen folgende in Betracht: Steine, Cystitiden, Harnverhaltung und Neubildungen. Und bei all diesen Ursachen spielt die Kongestion die Hauptrolle, unter deren Einflusse entwickeln sich erst lebhaftere Blasenblutungen. — Sind Steine in der Blase vorhanden, so können dieselben dadurch, daß sie mannigfach die Lage wechseln, durch heftige und wiederholte Berührungen der Schleimhaut diese zur Aufschürfung bringen. Die so entstehenden Blutungen sind gewöhnlich unbedeutend, heilen in der Ruhe, doch kommen auch reichliche Blutungen vor. Aber nicht nur durch ihre Bewegungen können Steine Blutungen in der Blase hervorrufen, sie vermögen dies auch in weniger mechanischer Weise durch ihre Anwesenheit allein. In der Niere hat dieses Moment eine noch grössere Bedeutung. Die Cystitiden, sowohl die akuten wie die chronischen, können ebenfalls Blutungen hervorrufen und sogar so bedeutende und langdauernde, daß Anämien eintreten. — Die durch Harnverhaltung erzeugten Hämaturien sind selten reichlich. Sie folgen einerseits der Überdehnung der Blase, andererseits der brusken Entleerung. Die durch letztgenannte Ursache hervorgerufenen sind besonders wichtig, es befindet sich ja dabei der ganze Harnapparat im Zustande der Kongestion, die dann eintretenden Hämaturien können unter Umständen so bedeutend werden, daß Katheterismus und ernstere chirurgische Eingriffe nötig erscheinen. — Neubildungen sind die gewöhnliche Ursache der grossen Hämaturien der Blase. Insbesondere kommen hier jene Neubildungen in Betracht, welche in die Blasenhöhlung vortreten, nicht die wandständigen. Letztere, die parietalen sind härter, infiltrieren die Blasenwände, ulcerieren weithin, verursachen aber nur mässige Blutungen. Überhaupt rufen Geschwüre in der Blase, wie immer auch ihre Natur sei, im allgemeinen reichliche Blutungen nicht hervor. — Erst unter dem Einflusse der Kongestion entstehen auch bei den Neubildungen bedeutende vesikale Hämaturien. Die klinische Beobachtung, die Befunde bei Operationen, die pathologische Anatomie bringen dafür Beweise. Und in neuerer Zeit hat die Cystoskopie weitere Bestätigung geliefert. Die aus den Nieren stammenden Hämaturien zeigen bezüglich ihrer Entstehung manche Analogie mit den in der Blase entstehenden, aber auch wieder merkwürdige Verschiedenheiten. — Nierenentzündung kann Veranlassung einer Hämaturie werden, gewöhnlich wird diese Blutung nicht bedeutend. Auch die Harnverhaltung in der Niere, wobei gewöhnlich Becken, Kelche und Harnkanälchen ausgedehnt sind, vermag eine Hämaturie zu bewirken, fast immer nur eine geringe. Das erscheint um so auffälliger und schwer erklärbar, weil gerade in diesen Fällen das Nierengewebe stark kongestioniert ist. Anders liegt die Sache bei Steinen in der Niere. Ihre Gegenwart allein schon ruft eine bedeutende Kongestion hervor und diese führt oft genug zu heftigen Blutungen, ohne daß man an eine gewissermassen traumatische Verletzung des Gewebes durch die ja oft geringfügige Steinbildung zu denken hat. Hierfür liegen genügend Beweise vor. So z. B. tritt die Blutung häufig ein, ehe eine Kolik, ja nur ein leichter Schmerz sich zeigt; die Steinbildung besteht in anderen Fällen nur im Auftreten von Sand, und doch erscheint eine heftige Blutung. Die Hämaturie wird in vielen Fällen durch Ruhe nicht beeinflusst, tritt willkürlich zu Tage. — Daß Neubildungen in der Niere zu schweren Hämaturien Veranlassung

geben können, ist schon längst bekannt, dieses Symptom wurde ja stets als das prägnanteste betrachtet. Hierbei spielt nun ebenfalls die Kongestion eine wichtige Rolle. Dadurch erklärt es sich, warum die Blutungen so unregelmäßig auftreten, sowohl der Zeit, wie der Intensität nach. — Außer den angeführten Momenten giebt es rein kongestionäre Zustände der Nieren, welche eine Hämaturie bewirken können. Diese Einflüsse sind teilweise noch schwer zu erklären, bei derartigen Hämaturien wurde schon öfters die Nephrotomie mit glänzendem Erfolge ausgeführt, ohne daß jedoch auch diese Operation einen klaren ätiologischen Einblick verschaffte. Diagnostische Irrtümer sind da leicht möglich. Die Schwangerschaft, das Stillen können solche Kongestionen in den Nieren hervorrufen. Die Verfasser schildern einen sehr interessanten Fall, in welchem bei bestehender Tuberkulose der Prostata und eines Samenbläschens, bei positivem Bacillenfunde und Vergrößerung einer Niere diese trotzdem als gesund bei der Nephrotomie sich herausstellte; die Hämaturie blieb weg. Die renale Kongestion allein hatte die Veranlassung zur Blutung gegeben. Auf diesem Gebiete sind daher weitere Forschungen wohl angezeigt.

II. Gänzliche Exstirpation der Blase wegen einer diffusen Geschwulst in derselben, von TUFFIER. Da die Totalexstirpation der Blase bis jetzt eine erschreckende Sterblichkeit aufwies, erscheint der vom Verfasser mitgeteilte Fall mit günstigem Ausgange besonders beachtenswert. Der Patient, ein 40jähriger Mann, leidet seit 3 Jahren in der Blase. Anamnese und Untersuchung vom Mastdarm aus weisen auf eine Blasengeschwulst hin. Es wird deshalb am 6. Oktober 1896 der hohe Blasenschnitt vollzogen. Nach Eröffnung der Blase findet TUFFIER eine harte, wuchernde, leicht zerreißliche Geschwulst, welche die ganze linke Seite der Blase einnimmt; der ganze übrige Teil der Schleimhaut ist durch dieselbe Neubildungsmasse infiltriert; aber während die ganze Dicke der Wandung links und im Fundus befallen ist, scheinen die krankhaften Veränderungen an der rechten Seite und an der Vorderfläche der Blase weniger tief vorhanden zu sein. Die Drüsen sind frei. Jodoformgaze-Tamponade. Drainage der Blase. Neun Tage später liefs sich ein weiteres Fortwuchern des Tumors feststellen. Der Allgemeinzustand hatte sich gehoben. Es wurde deshalb die Totalexstirpation der Blase von TUFFIER beschlossen und am 20. Oktober ausgeführt. Die Isolierung der Blase gelang, die Ureteren wurden unter Verwendung von Kathetern nach Eröffnung des Rectum in dieses eingenäht. — Die Wundheilung ergab manche üble Zufälle: Kollaps, teilweises Herausdringen des Harns durch die Bauchwunde, Temperatur subnormaler und febriler Art, Phlebitis an einem Beine, aber schließlich verschwanden die meisten Abnormitäten im Wundverlauf. Etwa zwei Monate nach der Operation bestand noch eine Fistel in der Bauchwand; mit einer Drainage für diese und einem Kautschukapparate für die Analgegend versehen, konnte der Operierte schmerzfrei seinen Geschäften nachgehen. — Die Untersuchung der entfernten Geschwulst ergab: Epithelioma alveolare atypischen Charakters mit Infiltration der ganzen Blasenwandung.

III. Über die hartnäckigen Blasenentzündungen bei der Frau, von ESCAT. Die Arbeit zerfällt in folgende Abschnitte: 1. Über einige Ursachen, welche die Cystitis beim Weibe trotz rationeller Behandlung hartnäckig erhalten. 2. Therapeutischer Wert der Auskratzung der Blase durch die Harnröhre hindurch. 3. Wert der Sectio alta bei diesen hartnäckigen Cystitiden. 4. Wert des vaginalen Blasenschnittes bei der Behandlung dieser Entzündungen. 5. Colpo-Cystotomie und Nephrektomie bei alter, sehr schmerzhafter Cystitis. — Dreizehn, zum Teil ausführliche Krankengeschichten erläutern die therapeutischen Anzeigen. Als Schlusfolgerungen ergaben sich die nachstehenden: 1. Hat man eine Cystitis vor sich, welche den rationellen Behandlungsweisen der Blase widersteht, so muß man außerhalb der Blase nach-

forschen, den Inhalt des kleinen Beckens gründlich untersuchen und jede krankhafte Veränderung behandeln, welche auf die Blase einwirken könnte. Auch in der Urethra kann man den Ausgangspunkt dieses hartnäckigen Leidens suchen, ferner auf krankhafte Veränderungen in den Nieren Bedacht nehmen. 2. Hat man die kleinen Mittel, wie Einträufelungen, Spülungen, Auskratzung erschöpft, schreite man sogleich zum hohen Blasenschnitt (mit zeitweiliger Drainage), falls keine Nierenaffektion vorhanden ist. Man soll dann die Blase tamponieren und den gesonderten Katheterismus der Harnleiter anwenden. Immer mache man eine völlige Toilette der Blase, indem man bis in die Tiefe mittelst Löffel und Thermokauter jeden verdächtigen Punkt zerstöre. 3. Man vollführe sofort die Cystotomia vaginalis (mit unbeschränkter Drainage), falls ein Leiden der Niere besteht oder schlechtes Allgemeinbefinden. Je nach dem klinischen Befund wird man eine Nierenoperation anschliessen. Sobald die Blasenwandung geheilt und die Nieren ruhig geworden, schliesse man die Fistel. 4. Will man Zeit gewinnen, mache man die Sectio alta, behandle dann die Blasen-schleimhaut, incidiere die Blasen-Scheidewand und füge die Drainage durch die Scheide an.

IV. Bemerkungen über die Anwendung des Höllensteins und des Verweilkatheters bei den Prostatikern, von G. COLIN. Gegenüber den modernen Bestrebungen, durch operatives Vorgehen, wie durch Cystotomie, Kastration, Resektion der Samenleiter, den Prostatikern zu helfen, empfiehlt COLIN, die einfacheren Methoden nicht zu vergessen, die doch grosse Dienste leisten könnten. Besonders lenkt er die Aufmerksamkeit auf die Spülungen mit *Argentum nitricum* und den Verweilkatheter. Die Höllensteinlösungen sollen nicht willkürlich, sondern vorsichtig zur Verwendung kommen und nur allmählich gesteigert, später auch wieder in der Stärke herabgesetzt werden. Das *Argentum nitricum* habe nicht blos antiseptische Wirkung, sondern auch eine erregende Fähigkeit gegenüber der Blasenmuskulatur, was um so wichtiger ist, als die Blase nach längeren oder kürzeren Perioden der Harnverhaltung ihre Kraft verliert, schwach, träg wird. *Argentum nitricum* aber wirkt derartig, dass es die Kontraktilität der Blase wieder herstellt. Eine instructive Krankengeschichte reiht sich an. — Die andere Methode, die Anwendung des Verweilkatheters, wird besonders bei Blutungen der Prostatiker gute Dienste leisten, vorsichtig geübt kann sie sogar relative Heilung bringen. Auch hierfür liefert Verfasser in einer Krankengeschichte den Beweis.

V. Verminderung des Umfanges der Prostata durch die Anwendung des Verweilkatheters oder des regelmässigen Katheterismus, von PASTEAU (GUYON'sche Klinik). Im Verlaufe der Prostata-Hypertrophie können die Symptome der Harnverhaltung zweifellos auf eine Kongestion der Drüse bezogen werden. Diese bewirkt dann eine Verengung in der Lichtung des Harnröhrenkanals, die weiteren Folgen sind bekannt. Zu den Mitteln gegen diese Kongestion gehört in erster Linie der Verweilkatheter und der regelmässige Katheterismus. Verfasser bringt nun zwei ausführliche Krankengeschichten zur Bestätigung dieser besonders von GUYON betonten Ansicht. Im ersten Falle, bei einem 69jährigen Manne, war Harnverhaltung eingetreten, der Katheterismus misslungen, deshalb die Blase punktiert worden. Einige Tage später wurde ihm auf der GUYON'schen Klinik ein Verweilkatheter eingelegt. Die Prostata erwies sich in beiden Lappen kolossal vergrössert. Schon nach 2 Tagen liefs man den Verweilkatheter weg, katheterisierte regelmässig und spülte mit *Argentum nitricum*-Lösung. Unter dieser Behandlung verminderte sich deutlich der Umfang zunächst des einen Lappens, später auch der des anderen. 17 Tage nach dem Eintritt des Patienten ins Spital war der rechte Lappen überhaupt nicht mehr als solcher fühlbar, der linke nur mehr in geringem Mafse. 19 Tage später beginnt der Kranke allein

zu urinieren. — Im zweiten Falle, bei einem 63jährigen Prostatiker, war zwar keine Harnverhaltung eingetreten, aber das Urinieren war sehr schmerzhaft, es bestand Inkontinenz, etwas Hämaturie. Auch hier war die Hypertrophie der Prostata sehr bedeutend. Es wurde bei diesem Patienten für 26 Tage der Verweilkatheter benutzt. Und unter seinem Gebrauche tritt eine deutliche Verminderung des Prostataumfanges ein. Diese machte weitere Fortschritte unter dem regelmässigen Katheterismus. Auch die manometrischen Untersuchungen wiesen die Besserung nach; bei Injektionen zeigt sich die Kontraktilität der Blase wohl noch langsam im Erwachen derselben, sie bleibt aber dauerhaft und fähig, von selbst in die Wirkung zu treten.

VI. Wirkung des Äthers und des Chloroforms auf die Niere, von LEGRAIN.

Die Arbeit enthält im wesentlichen eine Übersicht über die in der Litteratur niedergelegten klinischen und experimentellen Erfahrungen. Besonders wurde die Arbeit zweier italienischer Autoren, BABACCI und BEBI (*Policlinico*, Mai 1896), berücksichtigt; deren Ergebnisse scheint Verfasser für die zuverlässigsten zu halten. Sie lauten also: Eiweiss und Cylinder wurden 15 mal bei 41 Ätherisierten gefunden. In 3 Fällen hatten Eiweiss und Cylinder schon vorher bestanden. Unter 54 Fällen, die mit Chloroform betäubt worden waren, gab es nur 10 Fälle von Albuminurie. Also ergibt sich 18,89 Procent Albuminurie nach vorausgegangener Chloroform-Anwendung und 36,60 Procent nach vorheriger Ätherisation. — Nach ihren Tierversuchen fanden BABACCI und BEBI Nachstehendes: Die Albuminurie ist häufiger nach Äthernarkose als nach Chloroformnarkose. Die mittelst Äther betäubten Versuchstiere weisen eine ausgedehnte Nephritis haemorrhagica auf, welche Tendenz zur Heilung und zur restitutio in integrum für die Niere zeigt. Dagegen stellt sich nach der Chloroformnarkose bei den Versuchstieren eine Nephritis parenchymatosa ein, welche Tendenz zum Chronischwerden besitzt. Darnach scheint also die Äthernarkose für die Niere weniger gefährlich zu sein, als die Narkose mittelst Chloroform. *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Über die Verwendung von präserviertem Eigelb zur Herstellung von Salbenkörpern, von E. BERNIGAU. (*Pharm. Centralh.* 1896. No. 44.) Das vom Verfasser bereits für Nahrungsmittel und Konserven verwendete Nebenprodukt Eigelb der Albuminfabriken fand er auch für kosmetische Zwecke brauchbar, nachdem er sich von dessen Resorbierbarkeit überzeugt hatte. Als Toilettecrème empfiehlt er folgende Zusammenstellung:

Präserviertes Eigelb	1 T.,
Benzoiniertes Olivenöl	1 T.,
Alapurin	1 T.,

mit Rosenöl oder Kumin und Veilchen parfümiert, werden *lege artis* zu einem Crème verarbeitet.

Dieses „Vitellincrème“ ist von schöner, gelber Farbe und wird zur Herstellung von Seifen, Salben etc. empfohlen.

A. Strauß-Barmen.

Die MICHLESche Salbengrundlage, von G. VULPIUS. (*Deutsch-Amerik. Apotheker-Zeitung*. 1896. No. 9.) Sie ist aus festem und flüssigem Paraffin unter Zusatz von 10% Wollfett hergestellt und scheint für solche Fälle als Salbengrundlage geeignet zu sein, in denen Lösungen oder wässrige Anreibungen von Salzen und Extrakten in größeren Mengen einer Salbe einverleibt werden sollen. Eine Kaliumjodidsalbe mit dem vollen Thiosulfatzusatz des Arzneibuches erschien nach 100 Tagen noch völlig unverändert.

A. Strauß-Barmen.

Über Äiodin, von C. SCHAEGERERS. (*Schweiz. Wochenschrift für Chemie und Pharmacie*. 1896. No. 39.) A. ist ein aus den Schilddrüsen hergestelltes Präparat mit einem Jodgehalt von 0,39 bis 0,42%; es entspricht somit dem Jodgehalt nach 1 g Äiodin 10 g frischer Schilddrüse. Es stellt ein lockeres, geruch- und geschmackloses Pulver dar und ist in Wasser unlöslich. Es wird von den Firmen F. HOFFMANN — LA ROCHE & Co. hergestellt.

A. Strauß-Barmen.

Praktische Erfahrungen mit Airol, von S. ROSENFELD in Wien. (*Wien. med. Blätter*. 1896. No. 31.) Verf. verwandte das Mittel bei weichem Schanker mit gutem Erfolg, teilt allerdings nur zwei Fälle mit. Ferner wurde es bei eiternden und frischen Wunden gebraucht. Bemerkt wurde bei längerem Liegenlassen des Pulvers eine starke Granulationsbildung.

A. Strauß-Barmen.

Airol, ein neues Wundantiseptikum, von H. DEGLE in Kindberg. (*Ärztl. Central-Anz.* No. 26. Wien. Sept. 1896.) Auch diese Arbeit spricht sich sehr rühmend über das Airol aus. Bei Stich-, Quetschwunden etc. ging die Heilung unter geringer Wundsekretion glatt von statten.

A. Strauß-Barmen.

Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Wismuthoxyjodidgallat (Airol), von M. EBERSON in Tarnow. (*Therap. Wochenschrift*. No. 50, 1896.) Bei größeren Quetsch-, Hieb- und Riswunden lobt Verfasser die blutstillende Wirkung des Airois; es macht die Wunde ferner trocken und reaktionslos, indem es einen trockenen Schorf bildet. Es trat stets schnelle Heilung ohne oder mit geringer Eiterung ein, Reizungen blieben aus. Er weist dem Airol den ersten Platz unter allen wundheilenden Pulvern ein.

A. Strauß-Barmen.

Türkisches Wasser, ein Haarfärbemittel. (*Deutsch-Amerik. Apotheker-Zeitung*. 1896. No. 9.) Nach LANDERER wird dieses Wasser auf folgende Weise hergestellt: Fein gepulverte Galläpfel werden mit einer geringen Menge Öl in der Weise zusammengeknetet, daß eine homogene Paste entsteht, welche dann in einer eisernen Trommel geröstet wird, bis daß sich kein Öldampf mehr entwickelt. Der Rückstand wird mit ein wenig Wasser wieder aufgenommen und auf dem Feuer zum vollständigen Trocknen gebracht. Der ganz schwach angefeuchteten Masse mischt man sorgfältig ein metallisches Pulver bei und bewahrt dieses Produkt an einem feuchten Orte auf, wo es allmählich seine färbenden Eigenschaften erhält. Dieses Pulver heißt Rastikos-setra, ist aus Eisen und Kupfer zusammengesetzt und wird von Armeniern auf die Märkte des Ostens gebracht. Das mit diesem Mittel eingeriebene Haar nimmt in einigen Tagen eine sehr schöne schwarze Farbe an, die es lange behält.

A. Strauß-Barmen.

Naftalan. (Auszug aus dem Protokolle der kaiserl. kaukas. med. Gesellschaft vom 1. Juni 1896), von Dr. F. ROSENBAUM in Tiflis. Die medizinische Salbe Naftalan wird aus einer eigenartigen Rohmasse gewonnen, welche im Kaukasus, im Orte Naftalan, wo jährlich 500—600 Kranke in Nafta baden, vorkommt. Die Salbe ist

ein Extrakt dieser Nafta und hat den hohen Schmelzpunkt von 65° bis 70° C., so daß sie selbst in der größten Sommerhitze ihre starke Konsistenz behält. Die mit N. erzielten Resultate sind die folgenden:

1. N. ist ungefährlich und ohne schädliche Folgen und Nebenwirkungen.
2. Bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades entwickelt N. eine wunderbare, schmerzstillende, kühlende und Entzündung verhindernde Wirkung.
3. N. wirkte vorzüglich bei akutem und chronischem Ekzem, Pityriasis, Seborrhoea capillitii, Psoriasis selbst dann, wenn andere gute Mittel versagten.
4. Erysipel wurde sofort günstig beeinflusst.
5. Bei entzündeten Wunden und bei Geschwüren hat N. eine antiseptische, entzündungswidrige Wirkung.
6. Bei Gicht und Rheumatismus lindert N. die Schmerzen und erzielt bei dauernder Anwendung vollständige Heilung.
7. Eine reduzierende, schmerzstillende Wirkung hat N. bei Epididymitis, Bubonen, Lymphdrüsenentzündungen etc.
8. N. wird leicht resorbiert, eignet sich daher besonders als Konstituens für Hg.

A. Strauß-Barmen.

W. SARUBIN: **Zur Frage über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Schilddrüsenpräparaten.** (*Wratsch*, No. 25, 26. 1896.) Autor behandelte im Charkower Militärhospital unter Leitung von Prof. BRUJEN vier Soldaten, von denen drei an Psoriasis und einer an Sykosis nonparasitaria litten, mit Thyreoidinum siccatum, das er teils von MERCK, teils von FFRREIN aus Moskau bezog. Außer dem Thyreoidin wurde weder äußerlich noch innerlich ein anderes Mittel angewandt. Dauer der Behandlung 27—40 Tage. Die Tagesdose schwankte zwischen 0,1 und 1,0 (1—10 Tabletten zu 0,1 Thyreoidin); im ganzen wurden verbraucht 15,0—30,0 (112—210 Tabletten). Es wurden dabei folgende Erscheinungen beobachtet: Nach 3—4 Tagen von Beginn der Behandlung — Beschleunigung des Pulses bis auf 100 Schläge in der Minute, in manchen Fällen nach einigen Wochen bis auf 110, in einem sogar 130 Schläge. Dabei blieb der Puls kräftig und regelmäÙig. Die Körpertemperatur blieb meistens normal und erreichte nur zeitweise etwas über 38°, in einem Falle trat ohne merkliche Ursache eine Steigerung bis auf 39,8° ein. Nach 1—2 Wochen der Behandlung stellten sich bei allen Patienten starke Kopfschmerzen, besonders im Stirnteile, und Sausen ein; alle klagten sie über allgemeine Schwäche und Mattigkeit. Bald darauf traten Blässe, Abmagerung und langsame Abnahme des Körpergewichts, die 4—7 kg betrug, auf. Nach dem Aufhören der Behandlung kehrte das Körpergewicht wieder allmählich zur Norm zurück. Seitens des Verdauungsapparates bestanden Appetitlosigkeit und belegte Zunge. Die Harnmenge stieg bei allen schon nach einigen Tagen bis auf 3000 ccm, um nach einem Monat wieder zum normalen Quantum zu sinken. Im Harn kein Eiweiß. Einige Patienten klagten noch über Schlaflosigkeit, Unruhe und Zittern in den oberen Extremitäten. Nach diesen schlechten Erfahrungen hielt Verf. das weitere Experimentieren mit dem Schilddrüsenpräparat am Menschen für unerlaubt. Er hält das Mittel für sehr gefährlich und bei Hautkrankheiten wenigstens für ganz nutzlos und warnt die Kollegen vor dem Gebrauch desselben. Sie sollen den Fall TIBERGES, dessen Patient infolge dieser Behandlung zu Grunde ging, nicht vergessen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut, von Dr. HUGO MÜLLER in Mainz. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 11.) Verfasser hat auf der HERXHEIMERSchen Abteilung zu Frankfurt a. M. mikroskopische Untersuchungen über die Aufnahme des Hg-Resorbins, des Hg-Mollins und des Hg-Vasogens, sowie über die von HERXHEIMER empfohlenen Einklatschungen und die von

WELANDER angegebenen einfachen Überstreichung der Salben aufgestellt. Es ergab sich, daß die Quecksilberteichen in dem Epithel am dichtesten vorhanden waren bei den mit Resorbinsalbe eingeriebenen Patienten. Freilich will MÜLLER diesem Befund keinen besonderen Wert zuschreiben, sondern er glaubt, daß es bei allen vier Salbenkonstituentien gelingt, annähernd das gleiche Quantum Quecksilber in die Haut zu deponieren, wenn nur die nötige Ausdauer bei der Applikation angewendet wird. Doch da es mit dem Resorbinpräparat schon nach wenigen Minuten gelingt, dasselbe Resultat zu erreichen, wie mit dem Mollin und der officiellen Salbengrundlage — vom Vasogen hat er noch zu geringe Erfahrung —, so wird sich die Wage sehr zu Gunsten des Resorbins neigen. Was nun die Einklatschungen anbetrifft, so kann Verfasser dieselben beim Resorbinquecksilber und dem officiellen Ung. ciner. empfehlen. Ebenso ergaben die Untersuchungen beim Aufstreichen der beiden letzten Salben, daß eine reichliche Menge Hg in den Einsenkungen des Epithels, in den Follikeln und vor allem beim Resorbin auf der Oberfläche hinterlassen.

L. Hoffmann-Berlin.

CREDÉ (Dresden) hat die von ihm empfohlene **Silberwundbehandlung** seit fast einem Jahre bei etwa 1900 Kranken durchgeführt und (*Centrabl. f. Chirur.* 1896. No. 43.) betrachtet die aseptische Methode nur noch vom theoretischen Standpunkte aus als das idealste, beste System; vom praktischen aus giebt er auch für jene Fälle, in welchen die Asepsis durchzuführen wäre, seiner Methode der Silberwundbehandlung den Vorzug, weil dieselbe in viel einfacherer Weise, in kürzerer Zeit, mit weniger Arbeit, mit geringeren Kosten und bei noch größerer Sicherheit das nämliche Resultat erzielt.

Die antiseptische Wirkung der Silbersalze ist eine milde, aber energische; es werden Keime zerstört, deren man bei der Asepsis nicht habhaft werden kann, oder die von den bisher angewandten Mitteln nicht sicher abgetötet werden. Eine normale, gründliche Reinigung der Hände und des Kranken mit Seife, Bürste und Äther oder Alkohol genügt vollkommen; Verbandstoffe, Schürzen, Gefäße etc. brauchen nur gut gewaschen, nicht sterilisiert zu werden. Die Verbände sind kleiner und einfacher als die aseptischen, woraus eine bedeutende Ersparnis an Verbandmaterial resultiert.

CREDÉ bedeckt die von ihm angelegten Wunden, einerlei ob sie geschlossen werden oder offen bleiben, mit Silbergaze, höchstens stäubt er auf die eventuellen Stichkanäle etwas Itrol (*Argentum citricum*) auf. Diese Silbergaze, die in feinsten Verteilung metallisches Silber enthält, ist absolut reizlos und wird antiseptisch, sobald sich in den Wunden Krankheitskeime entwickeln, weil die durch letztere produzierte Milchsäure sofort ein energisches Antisepticum, das milchsaure Silber, bildet. Bei Wunden, die er bereits vorfindet, reinigt CREDÉ mit Wasser, Seife, Bürste und Äther die Umgebung und spült alles mit abgekochtem Wasser ab. Die Anwendung schwacher antiseptischer Lösungen, wie Sublimat 1 : 2000, oder Silberlösungen 1 : 5000, hält er für keinen Nachteil. Nur fast vollständig abgelöste Gewebsteile werden entfernt, nur große Unterminierungen werden freigelegt, sonst werden alle Nischen und Spalten, geöffnete Gelenke etc. gänzlich unberührt gelassen, die Wundfläche wird mit Itrol dünn eingepulvert. Waren schon entzündliche Prozesse im Gange, dann wird für einige Tage ein Wasserprießnitz angelegt, ist keine Reaktion sichtbar, so wird etwas Silbergaze und dann Watte aufgelegt und für ruhige und sichere Lagerung gesorgt. Bei teilweiser Durchnässung des Verbandes mit Blut und Serum versucht man den Verband abtrocknen zu lassen, indem der betreffende Körperteil öfter aufgedeckt wird, oder man bedeckt ihn noch mit einer Lage Watte (mehr des Aussehens wegen). Bei sehr stark secernierenden Fällen wird die obere Verbandlage erneuert. Sind Krankheitserreger bei der Verletzung in die Tiefe eingedrungen, so wird sich daselbst im schlimmsten Falle ein Abscess bilden, der als solcher behandelt

wird. Der erste Verbandwechsel bei trockenen Verbänden wird nach 5–10 Tagen vorgenommen.

Ekzeme oder Argyrose wurden niemals beobachtet.

Da Itrol (*Argentum citricum*) sich nur 1:3800 löst, was ja für die Wundbehandlung, der Dauerwirkung wegen, ein eminenter Vorteil ist, so hat CREDE, um bequemer und leichter auch stärkere Lösungen zur rascheren Desinfektion darstellen zu können, Tabletten von Aktol (*Argentum lacticum*) à 0,2 herstellen lassen (Chemische Fabrik von HEYDEN in Dresden-Radebeul), welche genau wie die Sublimatpastillen anzuwenden sind. Die neuerdings von einigen Firmen in den Handel gebrachten Itrol- und Aktolgaze verwirft CREDE ganz entschieden, da sie dem Prinzip des Aseptischen in seiner Silbergaze (M. ARNOLD, Chemnitz) nicht entsprechen, auch viel zu schwach imprägniert und außerdem gar nicht haltbar sind. Die Silbergaze CREDES kann jahrelang in jedem Klima, ohne sich zu verändern oder an Wirkung zu verlieren, aufbewahrt werden. Itrol ist ebenfalls unbegrenzt haltbar, wenn es in braunen oder gelben Gläsern aufbewahrt wird. Bräunt es sich unter dem Einfluss des Lichtes, so wird nur eine minimale Menge zu metallischem Silber reduziert, und die Wirkung kaum beeinträchtigt. Ebenso ist die in Hartgummigefäßen eintretende leichte Bräunung, eine Folge des Schwefelgehaltes des Hartgummi, unbedenklich.

Ganz vorzüglich bewähren sich die versilberten Katgut- und Seidenfäden.

Bei Benutzung des Aktol oder Itrol zu Gurgel- oder Spülwassern nimmt CREDE Lösungen von 1:4–8000. Die durch die Silbersalze erzeugten Flecken lassen sich, auch wenn sie schon alt sind, durch Hineinlegen in eine Lösung von 1,0 Sublimat, 1000,0 Wasser und 25,0 Kochsalz für einige Minuten mit nachfolgendem, mehrfachem Ausspülen sehr leicht entfernen.

Die Beobachtungen des Verfassers über die subkutane Anwendung des Aktol bei den chirurgischen Infektionskrankheiten, sowie über die parenchymatöse Anwendung bei Tuberkulose und Geschwülsten sind noch nicht spruchreif.

H. Einhorn-München.

Bereitung des Antistreptokokken-Serums, von T. J. BOKENHAM. (*The Brit. med. Journ.* 4. Juli 1896.) Das Antistreptokokkenserum, wie es nach den Angaben des Verfassers die Firma BURROUGHS & WELLCOME herstellt, wird aus dem Blute eines Esels gewonnen, der während mehrerer Monate wiederholte und verstärkte Injektionen von lebenden, virulenten Streptokokken erhalten hat. Es hat im Gegensatz zum Antidiphtherie-Serum eher antimykotische als antitoxische Eigenschaften und ähnelt deshalb eher dem Diphtherie-Antimycetin von KLEIN.

C. Berliner-Aachen.

Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin, von J. EDM. GUNTZ (Dresden). (*Allg. Med. Central-Ztg.* 1896. No. 23.) An Stelle des pilztötenden, aber schlecht riechenden Jodoforms wendet Verfasser bei Blennorrhoe jetzt das Jodoformin an, wie er berichtet, mit gutem Erfolg. Das Präparat soll milde und unschädlich sein.

Bekanntlich empfiehlt Verfasser das Jodoform schon länger bei der Behandlung des Trippers als bestes, mildestes und absolut gefahrloses Mittel. Dessen Nutzen soll in dem Prinzip der Wirkung in der Harnröhre verdunstender, gasartiger, zugleich pilztötender Substanzen bestehen. Nachdem man das Jodoform tagelang (!) hat einwirken lassen (nach jedem Urinieren wird mit einer Salbenspritze Jodoform, mit Wasser gemischt, 20–30 Tropfen als dicker Brei eingespritzt und dann die Harnröhre mit Pflanzenpapier doppelt verklebt), soll der Eiter seine infektiösen Eigenschaften verlieren. Der Geruch des Jodoformin ist nach der Erfahrung des Verfassers viel schwächer und einigermassen zu decken.

Bei Schanker wirkt das Jodoformin sehr gut und milde. Verfasser tröpfelt, um die Wirkung zu erhöhen, auf das Jodoformin auf den Boden der Wunde einige Tropfen einer schwachen Lösung von doppelt kohlensaurem Natron. Gegen die Behandlung der weichen Schanker mit verdünnter oder konzentrierter Karbolsäure spricht sich Verfasser auf das Entschiedenste aus. (Demgegenüber erkläre ich, daß meine Erfahrungen bei Behandlung der *Ulcera molli* mit konzentrierter Karbolsäure die besten sind; die Behandlung ist weder schmerzhaft, noch bluten die Wunden leicht (wie Verfasser meint), sondern die Wunde reinigt sich schnell, grenzt sich ab und wird zusehends in verhältnismäßig kurzer Zeit kleiner. D. Ref.)

Karl Riess-Stuttgart.

Über Jodintoxikation, von WEBER. (*Journal des praticiens*. 1896. No. 50.) —

Nach einer sehr ausführlichen Aufzählung der zahlreichen und mannigfaltigen Symptome der akuten und chronischen Jodvergiftung teilt Verf. die Therapie derselben mit: Gegen die Koryza hat sich am meisten bewährt die Sulfanilsäure zu 3,0—4,0 pro die; gegen die Hauterscheinungen häufige Bäder, Abwaschungen mit Lösungen von Kalium permanganicum (0,04:1000); gegen die Verdauungsbeschwerden das Natron bicarbonicum und chloricum (5,0—6,0 pro die) und das unterschwefligsaure Natron (0,5 pro die). Das Natron- und Rubidiumsals wird viel besser vertragen als das Kalium. Von Einfluß auf das Eintreten von Vergiftungserscheinungen sind die Unreinheit des Präparates und Störungen an Nieren und der Magenfunktionen.

C. Müller-Genf.

Über den Wert der Vasogenpräparate (Pearson), von Dr. GOLINER in Erfurt. (*Reichs-Medizinal-Anz.* 1896. No. 23.) G. rühmt namentlich die ausgezeichnete Wirkung der Vasogenpräparate, insbesondere des Jodoformvasogen auf Geschwüre aller Art, namentlich auf chronische Unterschenkelgeschwüre, weil es die Wundflächen schnell reinigt, gesunde Granulationen hervorbringt und schnelle Überhäutung bewirkt.

A. Strauß-Barmen.

Harnuntersuchungen nach Einreibung mit medikamentösen Vasogenpräparaten, von C. MONHEIM. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 96.) Verf. konstatierte, daß nach einer nur einmaligen Einreibung um 10³/₄ Uhr morgens von 5 g 6 proc. Jodvasogen auf Brust und Nacken 3¹/₄ Stunden später den um 2 Uhr nachmittags gelassenen Urin bereits jodhaltig war; auch in dem um 4 Uhr nachmittags und 8 Uhr abends abgeschiedenen Urinmengen wurde deutliche Jodreaktion beobachtet; dagegen war der später gelassene Urin jodfrei.

Nach zweimaliger Einreibung von 3 proc. Jodoformvasogen (je 10 g im Abstand von 6 Stunden) liefs sich bereits in dem 2 Stunden nach der ersten Einreibung abgeschiedenen Urin eine schwache Jodreaktion konstatieren, dieselbe war stärker in den späteren Urinausscheidungen, dagegen nur sehr schwach nachweisbar im Harn, welcher 24 Stunden nach der zweiten Einreibung gelassen wurde. Die Untersuchung nach zweimaliger, morgens 9¹/₂ Uhr und nachmittags 2¹/₂ Uhr stattgefundenen Einreibung mit je 10 g 20 proc. Kreosotvasogen liefs die Anwesenheit von Phenolen erkennen, und zwar 4 bis ca. 8¹/₂ Stunden nach der ersten Einreibung.

A. Strauß-Barmen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

CAVAZZANI beschreibt ein sehr einfaches Urometer, welches eine Modifikation des Apparates von DAMECY darstellt. Es besteht aus einem 15 cm langen Glaszylinder von 2 cm Diameter, der sich nach unten hin in ein ca. 5 cm langes, sich bis zu einem Durchmesser von 3 oder 4 mm zuspitzendes und mit einem Hahn versehenes,

Ansatzstück verlängert. Oben wird es mit einem Kautschukstöpsel verschlossen, der auf der unteren Fläche an einem Metalldraht ein kleines Cylinderchen von 1—2 cm Inhalt trägt. Der Apparat wird bis ungefähr zur Hälfte mit unterbromigsaurem Natron gefüllt und zwar bis zur Spitze, in den kleinen Cylinder, der am Stöpsel befestigt ist, wird 1 cm des zu untersuchenden Urins gebracht und der Stöpsel fest in den Apparat eingefügt, der nun umgedreht und behufs intimer Mischung des Urins mit der Lösung geschüttelt wird. Nachdem man den Apparat einige Zeit ruhig liegengelassen hat, wird der Hahn geöffnet und in einen graduirten Cylinder soviel von der Lösung abfließen gelassen, als spontan abgeht. Diese Flüssigkeitsmenge giebt dann das Volumen des entwickelten N und indirekt nach Berechnung die Menge des Harnstoffs an. (*Rif. med.* 1896. No. 127.) C. Müller-Genf.

Über ein neues Urometer und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn, von TH. LOHNSTEIN. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1896. No. 34.) In seinem Vortrage, der auf dem 17. Balneologen-Kongress gehalten, demonstriert Verfasser das von ihm konstruierte neue Urometer, über das in diesen Blättern bereits berichtet ist. Interessant ist seine Mitteilung über die Verwendung desselben zur quantitativen Bestimmung von Eiweiß und Zucker. Über die quantitative Zuckerbestimmung äußert sich der Verfasser ausführlicher unter dem Hinweis, daß alle Methoden, die wir bisher üben, für die Praxis entweder zu umständlich oder nicht zuverlässig genug sind. ROBERTS hat eine Methode angegeben, die darin besteht, daß man die Differenz des spezifischen Gewichts vor und nach der eingeleiteten Gährung mit einem feststehenden Faktor multipliziert. Es fragt sich nun zunächst, ob der konstante Faktor von ROBERTS wirklich ein solcher ist. Das kann Verfasser bejahen, da derselbe nur in sehr geringen Grenzen variiert. Für das bisher übliche Verfahren ist er 229, für des Verfassers Methode 234. Die ROBERTSSche Methode hat sich aber dennoch nicht eingeführt, weil die nötige Filtration des hefehaltigen Urins nach der Gährung viel Zeit in Anspruch nimmt und durch die Verdunstung während der Filtration Fehler entstehen. Verfasser bestimmt daher das spezifische Gewicht an dem tüchtig geschüttelten hefehaltigen Urin. Es wird also 60 cm Urin in einem Cylinderglas mit 3—6 cm Hefe versetzt, tüchtig umgerührt und dann das spezifische Gewicht mit dem neuen Urometer bestimmt. Dann wird der Urin in einen Kolben gegossen, der vorher mit einigen Kubikcentimetern Harnhefemischung gespült ist, der Kolben mit einem Wattepfropfen geschlossen und dann in 40° Wasser gesetzt. Nach vollendeter Gährung, die sich durch Bildung eines dichten Hefesatzes in der geklärten Flüssigkeit kundgibt, wird der Hefeurin in den Cylinder gethan, durchgerührt und wiederum das spezifische Gewicht bestimmt.

Der Verfasser zeigt nun an Beispielen die Berechnungsweise und die eventuell gewünschte Berücksichtigung der Temperatur. Durch entsprechend kontrollierende Untersuchungen hat Verfasser sich überzeugt, daß bis 0,1% Zucker herab die Bestimmung eine sehr genaue ist, zu der nur sein Urometer nötig ist. — In der Diskussion bestätigen LIEBREICH, STRASSER und FUELLES die Brauchbarkeit des Instruments.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Konservirung von Harnsedimenten. Das Prinzip der von GUMPRECHT (*Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 30) empfohlenen Methode ist folgendes: Das centrifugierte Sediment wird nach Dekantierung der überstehenden Flüssigkeit in konzentrierter Sublimatlösung gehärtet, auf der Centrifuge ausgewaschen und in Formollösung aufgehoben. Handelt es sich nicht um rote Blutkörperchen, so kann man unter Weglassung der Sublimathärtung das centrifugierte Sediment direkt mit Formollösung übergießen und aufschütteln, nur bei stark eiweißreichen Harnen wäscht man da-

zwischen einmal mit physiologischer Kochsalzlösung (oder Wasser) aus, um nicht von der restierenden Urinflüssigkeit körnige Eiweißniederschläge zu erhalten. Ebenso müssen uratreiche Harne behufs Lösung der beim Mikroskopieren unbequemen Salzniederschläge einmal oder mehrere Male, eventuell mit leicht erwärmtem Wasser oder konzentrierter Boraxlösung gewaschen werden. Die Einzelheiten der Technik sind folgende:

1. Centrifugieren des Urins mittelst Handcentrifuge und kugelig endenden Kölbchen, bis sich Sediment bildet; eventuell bei zu spärlichem Sediment mehrmaliges Dekantieren und Nachgießen, bis eine kompakte Sedimentschicht erscheint;
2. Abgießen der über dem Sediment stehenden klaren Flüssigkeit;
3. Aufgießen von Formol (2—10%ig) und energisches Aufschütteln, bis sich das Sediment wieder gleichmäßig in der Flüssigkeit verteilt hat. Aufbewahren der Flüssigkeit in einem Reagensglas: das Sediment setzt sich dort wie eine Nubecula ab und kann jederzeit aufpipettiert werden;
4. Für Blut kommt zwischen 2. und 3. noch hinzu: Übergießen mit konzentrierter wässriger Sublimatlösung (1:20) und sechsmaliges Auswaschen durch Centrifugieren mit Wasser.

G. bewahrt eine Reihe von Sedimenten zum Teil schon ein Jahr auf, ohne daß das mikroskopische Bild sich bei wiederholten Untersuchungen geändert hätte. Die Zellen behalten ihre Form, werden etwas stärker lichtbrechend; die Kerne der Plattenepithelien werden deutlich sichtbar; alle Kerne lassen sich mit den gewöhnlichen Färbstoffen färben. Die Nierenepithelien, die auf den Cylindern liegen, behalten ihre polygonale Gestalt und etwaige Fetttropfchen, die Leukocyten ihre Rundung und granulirte Beschaffenheit. Die Cylinder sind tadellos konserviert. Mikroorganismen sind auch ungefärbt gut zu erkennen. Die roten Blutkörperchen sind noch nach einem Jahre gleichmäßig rund, homogen, doppelt konturiert, leicht grünlich. Die endoglobulären Zeichnungen sind gut erhalten, ja selbst die Zerfallsformen der Erythrocyten, die sog. Fragmentationen, sind sehr schön sichtbar. *H. Einhorn-München.*

In einer Serie von 335 Fällen von **Katarakt** (bei 259 Individuen) hat FRENKEL (*Lyon méd.* 1896. No. 14) verschiedene **Veränderungen des Harnes** konstatiert. So war oft die Urinmenge bedeutend vermindert, die Harnstoffmenge ebenfalls, die Chloride normal oder vermehrt, die Phosphate bald vermehrt, bald vermindert. In 1,16% der Fälle war Glykosurie vorhanden. Ferner wurde beobachtet physiologische, seltener pathologische Albuminurie, ebenso Peptonurie. *C. Müller-Genf.*

Über einen seltenen Fall von Hämaturie (Prostatahämorrhoiden), von WALTHER KRAUSS. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 28.) Als Haematuria urethralis bezeichnet Verfasser einen Fall, in dem aus der Urethra Blut rückläufig sich in die Blase ergießt. (Die Bezeichnung ist nicht korrekt, da nur Blut aus der Pars posterior urethrae in die Blase gelangen kann; es müßte deshalb der Zusatz „posterior“ gemacht werden. D. Ref.) Der 58jährige, stets gesunde Patient leidet seit einiger Zeit an starker Hämaturie, deren Sitz mit Wahrscheinlichkeit die Prostata oder der Blasenhalss waren. Bei der Sectio alta stellte es sich heraus, daß Venenerweiterungen in der Pars prostatica die Ursache der Blutungen waren; die eigentliche Blutungsstelle kam nicht zu Gesicht. Es wurden nun parallele Stichelungen mit dem Thermokauter um das Orificium internum herum in die Urethra hinein ausgeführt, dann unter Einlegen eines Drains die Blase genäht. Heilung. — Bemerkenswert ist, daß keine Hypertrophie der Prostata und keine Analhämorrhoiden bestanden, Leiden, die sich mit Varicen der Prostata gewöhnlich vergesellschaften. Es handelt sich also um einen Fall von reinen Prostatahämorrhoiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathogenese und Behandlung der Hämoglobinurie, von PLICQUE. (*Presse méd.* April 1896, nach *Morgagni, Riviste*, 25. Juli 1896.) Zwei Drittel der Fälle von Hämoglobinurie beruhen auf Syphilis, jedoch ist bei Einleitung der spezifischen Therapie große Vorsicht geboten; ROBIN empfiehlt Injektionen von Hydrargyr. bijod., welchen am zehnten Tage Jodkalium folgt, dessen Tagesdosen von 2 g bis 6 g allmählich gesteigert werden. Bei Malariakranken hypodermatische Chinininjektionen in Verbindung mit Eisenpräparaten, hydrotherapeutische Maßnahmen. Nach ROBIN wird Natr. arsenicos. und benzoic. abwechselungsweise 15 Tage hindurch gegeben. Nach einem Monate Antipyrin 0,5, Natr. bicarb. 0,25 an drei aufeinanderfolgenden Tagen. Nach achttägiger Ruhepause nochmals Arsen. Bei Alkoholismus und Neurasthenie ist Strychnin, bei Rheumatismus Natr. salicyl. zu versuchen. In allen zweifelhaften Fällen ist probeweise die antisiphilitische Therapie anzuraten.

H. Einhorn-München.

FERRIER berichtet über einen mit hochgradigem Ikterus und Hämoglobinurie komplizierten Fall von Malaria, der bei bedeutender Temperaturerhöhung (41,8°) rasch zum Exitus führte. (*Lyon méd.* 1896. No. 27.)

C. Müller-Genf.

Beitrag zur Lehre von der Albumosurie, von B. LEICK. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 2.) Verfasser weist nach, daß der Begriff der Peptonurie eigentlich keine Berechtigung habe, da die im Urin nachgewiesenen Stoffe nicht Pepton, sondern Albumosen seien. Nachgewiesen wurden diese nach der von SALKOWSKI angegebenen Methode. Eine diagnostische Bedeutung kann man der Albumosurie nicht zuweisen; nur bei Pneumonia fibrinosa scheint sie ziemlich regelmäßig vorzukommen; ob aber nur kurz vor der Krisis, ist zweifelhaft.

F. Hahn-Bremen.

Über cyklische Albuminurie, von P. MARIE. (*Sem. méd.* Februar 1896.) Verfasser beschreibt die Erscheinung als eine bei anscheinend ganz gesunden Individuen in intermittierender Weise (nicht zu verwechseln mit der transitorischen Albuminurie) auftretende Albuminurie, die sich regelmäßig unter gewissen Einflüssen (Nahrungsaufnahme, Erkältungen, aufrechte Stellung, Gemütsaffekte) einstellt. Verfasser hält die cyklische Albuminurie für eine Affektion sui generis und unabhängig von einer Nierenerkrankung und rein funktionell. Ein Fall, den er näher zu untersuchen Gelegenheit hatte, bringt ihn auf den Gedanken, daß es sich um eine Störung des Sympathicus handle (renale Migräne). Die Therapie (Darreichung von Antipyrin) schien auch diese Ansicht zu bekräftigen.

C. Müller-Genf.

Hydrothionurie, das Auftreten von Schwefelwasserstoffgas im Urin, von J. F. SCOTT. (*New York med. Journ.* 1. Februar 1896.) Vor drei Jahren hat Verfasser über vier Fälle dieser Art Mitteilung gemacht und schließt jetzt folgenden weiteren Fall an: Eine 17jährige, farbige I. para war im Hospital an Eklampsie mit starker Albuminurie vor und nach der Geburt erkrankt. Die Geburt verlief sonst normal, und das Kind blieb am Leben. Am fünften Tage post partum waren unverkennbare Mengen von H_2S im Urin nachzuweisen. Nach einigen Ausspülungen der Blase mit schwacher Lösung von Kalium permanganicum trat völlige Heilung ein.

Philippi-Remscheid.

Oxalurie und die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin, von J. C. DUNLOP. (*Edinburgh med. Journ.* Januar 1896, nach *Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 31.) Hinsichtlich Häufigkeit der Oxalsäureausscheidung beim Menschen fand D., der mit der Centrifuge arbeitete und die REOCHSche Probe, Zusatz von Alkohol zum Urin zur Ausfällung der oxalsauren Kalkkrystalle, benutzte, daß diese Säure ein normaler und

konstanter Bestandteil des Urins aller von gemischter Kost Lebenden ist. Einen spontanen Niederschlag der oktoedrischen Krystalle ihrer Calciumverbindung — die irrtümlich dazu gerechneten hantelförmigen Krystallbildungen sind kohlensaurer Kalk — konstatierte D. in 35% der untersuchten Urine gegenüber 28—57% bei anderen Autoren. Dafs nicht jeder Harn oxalsäuren Kalk ausfallen läfst, wiewohl er in der Norm stets Oxalsäure und Kalk enthält, mag auf Gegenwart von saurem phosphorsaurem Natrium, das eine solche Präzipitation verhindert, oder anderer Lösungsmittel beruhen; sicher ist, dafs Schwankungen in der Menge des Kalkes keinen Einflufs auf den Niederschlag haben, während nach D. im Gegensatz zu FÜRBRINGER eine übermäfsige Oxalsäureexkretion eine Veranlassung, und zwar die wichtigste, zur Bildung von Niederschlägen ist. Die in den Nahrungsmitteln enthaltene Oxalsäure ist die alleinige Quelle der Oxalsäure im Urin; bei Patienten, welche eine oxalsäurefreie Diät, reine Milchkost, geniessen, wird nach einiger Zeit die Oxalsäureausscheidung aufgehoben, während schon der Genufs des oxalsäurehaltigen Thees die Säure wieder im Harne auftreten läfst. Die sehr schwankende tägliche Menge der eliminierten Oxalsäure beträgt nach 35 Untersuchungen zwischen 0,01—0,025, im Mittel 0,0172 g. D. eruierte 2 Faktoren für diese Variationen, einmal die Menge der per os aufgenommenen Oxalsäure und dann den Säuregrad des Mageninhaltes; Zufuhr von Salzsäure und Milchsäure erhöhen die Oxalsäureausscheidung.

Das klinische Bild der Oxalurie (BEGBIE) umfaßt neben den Urinveränderungen nervöse Symptome, die wohl sekundär zur Dyspepsie treten, sicher nicht auf Anhäufung von Oxalsäure im Körper zurückzuführen sind, Schmerzen in Kopf, Magen und Lumbalgegend, welch' letztere wohl auf mechanische Reizung des Nierenbeckens und Ureters durch Krystalle zu beziehen sind und als konstantes und wichtigstes Symptom die Dyspepsie. Dieselbe ist in manchen Punkten der Dyspepsie acide zu vergleichen; in beiden Formen wirken rein animale Kost, sowie Säuren vor oder Alkalien nach den Mahlzeiten heilend. Die Schlufsfolgerung D.s ist, dafs die Oxalurie keine pathologische Einheit und der Befund von Oxalaten im Harne ohne diagnostische Bedeutung ist.

Demgegenüber hält GRAHAM BROWN daran fest, dafs die Oxalurie ein fester klinischer Begriff ist, einmal wegen des charakteristischen Symptomenkomplexes, dann wegen der Beobachtung, dafs bei demselben Kranken Diabetes und Oxalurie abwechselten, und weil nach neueren Autoren eine Behinderung der Respiration bei Thieren (Hunden) prompt von einem starken Anstieg des Oxalatgehaltes des Urins gefolgt war; wenn die Hunde sich an die erschwerte Athmung gewöhnt hatten, sank die Oxalsäureexkretion wieder ab.

GILLEPSIE betont, dafs möglicherweise noch andere Quellen der Oxalsäureabgabe als die eine von D. genannte in Betracht kommen. Er weist auf die Thatsache hin, dafs Oxalurie in Italien, wo sehr viel Vegetabilien genossen werden, häufig ist, selten in Deutschland, häufiger in Amerika (OSLER). Eine stark vegetabilische Kost läfst in Magen und Darm viel stärkere Fermentationen eintreten, als Fleischnahrung. Auch ALBU hat Oxalurie auf intestinale Gährungen bezogen, als eine Form von Auto-intoxikation beschrieben. Oxalsäure kann sich leicht im Darm bilden, z. B. aus Zucker mit Säuren.

JAMES bemerkt hierzu, dafs auch bei den in den Geweben sich abspielenden Stoffwechselvorgängen Oxalsäure leicht zu entstehen vermag. Eventuell ist für die von D. erwähnte Folge strikter Milchdiät nur die gleichzeitige Regelung der Verdauung verantwortlich zu machen.

LEITH erwähnt, dafs Phthisiker und andere Kranke mit unvollständiger Assimilation eine sehr erhöhte Oxalsäurequantität ausscheiden sollen, ohne dafs dadurch

Nachteile bei ihnen ersichtlich wären, — eine Beobachtung, die aber nach D. von CANTANI bereits als unrichtig befunden ist.

H. Einhorn-München.

Die Oxalurie, von N. DE DOMINICIS. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 18—20.)
Verfasser giebt einen Abriss der Lehre von der Oxalurie unter Berücksichtigung der gar nicht kleinen Litteratur. Betreffs der Affassung der Oxalurie als selbständiges Leiden steht fest:

1. dafs Oxalurie bei den verschiedensten Krankheitsformen vorkommen kann; häufig ist sie bei Dyspepsie und Erkrankungen des Zentralnervensystems;

2. dafs Oxalurie nach Genufs gewisser Substanzen ohne Stoffwechselstörung auftreten kann;

3. dafs Oxalurie besonders oft auf Genufs von Kohlenhydraten folgt; bei absoluter Fleischkost ist sie sehr selten und auch hier ist sie auf die Kohlenhydrate des Fleisches zurückzuführen;

4. dafs auf Darreichung von oxalsaurem Kalk und harnsaurem Ammonium keine Vermehrung der Oxalsäure einzutreten braucht;

5. dafs Oxalsäure auftritt bei Hunden, deren Thyreoidea extirpiert ist oder deren Nerven gereizt sind;

6. dafs Oxalurie nicht immer mit dem ihr zugeschriebenen Symptomenkomplex auftritt. Schwere funktionelle oder anatomische Magenstörungen bedingen nicht häufig Oxalurie.

Verfasser will die Oxalurie nicht als eigene Krankheit anerkennen, stellt dieselbe in Parallele mit der Glykosurie. Die Oxalurie ist ein Symptom, welches durch die verschiedensten Grundleiden hervorgerufen werden und auch auf angeborener Disposition beruhen kann. Von einer eigentlichen pathologischen Anatomie der Oxalurie kann man nicht sprechen, beachtenswert sind die Ablagerungen von Oxalaten, die Obturation kleinster Kapillaren durch dieselbe. Dadurch können Neurosen, reaktive Entzündungen, Blutungen, Embolien entstehen. Darm-, Blasen-, Nieren-, Lungenblutungen sind beobachtet. Manche Hautaffektion beruht vielleicht auf Oxalsäureablagerungen, so Abscesse, Furunkel, Psoriasis, Akne, Urticaria etc. Die Verstopfung der Nierenkanälchen bewirkt Nephritis, Pyelitis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Ausscheidung von Fibrin und fibrinartigen Gerinnseln, von ARTHUR KLEIN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 31.)

1. Fibrinurie.

Das Vorkommen von Fibrinmassen im Harne ohne Vorhandensein von Krupp, Diphtherie, Tuberkulose der Harnwege oder von Hämaturie resp. Chylurie gehört zu den größten Seltenheiten. Einen Fall hat der Verfasser beobachtet. In der Litteratur finden sich ausserdem nur noch vier Beobachtungen von SENATOR, BAUMÜLLER und v. JAKSCH, welche der Verfasser wiedergiebt. Sein Fall betrifft einen ödematösen Nephritiker, der, durch heisse Bäder bereits gebessert, durch Wochen hindurch im frisch entleerten, schwach alkalischen Urin eine große Menge weisser oder weiflichgrauer Gerinnsel zeigt von 1—10 cm langen und bis zu 5 cm (mm? D. Ref.) dicken, spulrunden oder abgeplatteten Stücken. Daneben bildet sich im stehenden Harne ein Netz feinsten Fäden, so dafs der Harn spontan wie eine seröse Flüssigkeit gerinnt. Im Laufe der bisher fieberlosen Erkrankung traten dann mehrere Schüttelfröste auf. Die chemische Untersuchung ergab mit Sicherheit, dafs es sich um Fibringerinnsel handelte. Auffallend war nur, dafs beim Stehen im Harne sich die Gerinnsel in 5—10 Stunden wieder vollkommen auflösten. Jedoch liefs sich experimentell nachweisen, dafs frisches Blutfibrin sich stets im Urin bei längerem Stehen auflöste, ebenso wie in Chloroformwasser. Auffallend ist in diesem Falle gegenüber den anderen das lange Anhalten

der Fibrinurie, die sonst nur durch 1—5 Tage beobachtet werden konnte. Sicher stammt das Fibrin in diesem Falle aus der Niere. Die Ausscheidung desselben scheint gebunden an die alkalische Reaktion. Von Bedeutung scheinen auch zu sein der hohe Albumingehalt, die starke Verminderung der Phosphate, die sicher festgestellt werden kann, und vielleicht die Temperaturerhöhung. Der Patient starb später. Die Obduktion ergab: *Atrophia renum cum degeneratione amyloidea. Hypertrophia cordis excentrica. Pericarditis fibrinosa acuta, Tuberculosis chronica obsoleta apicis pulmonum. Ulcera tuberculosa ilei. Struma permagna. Oedema cerebri et pulmonum.* In wie weit die gefundene amyloide Degeneration von Bedeutung war für die Fibrinurie, ist nicht zu entscheiden.

II. Fibrinartige Gerinnselmassen im Harn bei Cystitis.

Ein an Cystitis leidender Patient entleerte eines Tages einen Harn, der eine große Menge grauweißer Gerinnsel enthält, die den oben geschilderten vollkommen gleichen. Der Harn reagierte sauer, enthält Eiweißspuren. Die genaue Untersuchung des Urins ergibt, daß die Gerinnsel aus Nucleoalbumin bestanden, welches von einer Mucinhülle umgeben war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Nachweis von Pepton im Harn, von E. ROBITSCHKE. (*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Verfasser hat die von SALKOWSKY angegebene Methode des Nachweises von Pepton im Harn nachgeprüft. Die Methode ist rasch und leicht auszuführen: Der Harn wird mit Salzsäure angesäuert und mit Phosphorwolframsäure gefüllt und erwärmt. Den harzigen Niederschlag löst man in Wasser unter Zusatz von Natronlauge, die anfangs tiefblaue Lösung wird beim Erwärmen entfärbt. Nun kühlt man ab und setzt tropfenweise Kupfersulfatlösung hinzu; bei Gegenwart von Pepton tritt lebhaftere Rotfärbung ein. In 25 Fällen gab die Methode dieselben Resultate, wie die genaue Methode von HOFFMEISTER, und zwar gab sie auch noch dreimal positives Resultat, wo die Methode von DEVOTO versagte. Sie ist demnach, besonders wegen ihrer leichten Ausführbarkeit, sehr brauchbar.

F. Hahn - Bremen.

Über die Ausscheidungen im Urine während des akuten Gichtanfalls, mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure, von EMIL PFEIFFER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 15.) GARROD fand mittels der HEINTZschen Methode, daß während des Gichtanfalls die Harnsäureausscheidung erheblich vermindert ist. Verfasser hat die Richtigkeit dieser Behauptung unter Benutzung der Methode von SALKOWSKI von neuem geprüft und dabei die ausgeschiedenen Mengen während des Anfalls und außerhalb desselben verglichen. Bemerkenswert ist, daß der Harn Gichtkranker spezifisch auffallend leichter und ärmer an Harnsäure und Harnstoff ist, als der normale Harn. Die Harnsäure ist außerhalb der Anfälle bei Gichtkranken im freien Zustande im Urin enthalten. Während des Anfalls ist der Urin vermehrt, das spezifische Gewicht erhöht, der Säuregehalt gesteigert. Ganz im Gegensatz zu GARROD findet Verfasser die Harnsäuremenge während des Anfalls ausnahmslos größer, als außerhalb desselben. Es kann also nur eine Harnsäurefluth, keine Harnsäurestauung vorliegen. Der Harnstoff ist auch vermehrt, aber nicht immer in demselben Verhältnis. Diese Befunde verwertet der Verfasser für seine Theorie, daß während der Anfälle die an den Gelenken deponierte Harnsäure aufgelöst und verflüssigt wird und sich doppelt harnsaures Natron bildet, welches Schmerz erzeugt. Die Bildung dieses Salzes wird begünstigt durch alkalische Beschaffenheit der Säfte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Ursachen der Unwirksamkeit verschiedener gegen harnsaure Diathese empfohlener Mittel, von C. MORDHORST. (*Therap. Monatsh.* April 1896.) Verfasser

erörtert die Gründe, weshalb die zahlreichen neueren Gichtmittel (Piperacin, Lysidin etc.) von keiner Wirkung sind und findet dieselben in der ungenügenden Konzentration, der schnellen Ausscheidung, der Verbrennung, der Bildung neuer Verbindungen unter Einfluss von Kochsalz etc. Sodann geht Verfasser ein auf die Bedeutung der alkalischen Blutbeschaffenheit, die bei der Gicht herabgesetzt ist. Um die Alkaleszenz des Blutes zu erhöhen bedarf es der Darreichung des Natrons in Verbindung mit Kochsalz und geringen Kalkmengen. Diese Mischung bietet in geeignetester Form das Wiesbadener Gichtwasser. Zu diesem Aufsatz macht LIEBREICH eine Bemerkung, welche es rügt, dass der Verfasser von den negativen Ergebnissen vorurteilsfreier Prüfungen des Piperacin, Lysidin etc. spricht. (Die Ausführungen von M. stehen in direktem Widerspruch mit denen von PFEIFFER. Wer Recht hat, das wird die Wissenschaft schon herausfinden. Für den unparteiischen Leser sind aber manche der neueren Gichtarbeiten insofern doch etwas peinlich, als es oft den Anschein erweckt, dass wissenschaftliche Hypothesen zu Gunsten eines „sicher“ wirkenden Mittels etwas zugestutzt werden. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente, von MORDHORST. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Die ausführliche Arbeit erscheint hauptsächlich als eine Entgegnung auf den unter gleicher Überschrift in No. 18, 1895, der *Münch. med. Wochenschr.* erschienenen Aufsatz RITTERS. MORDHORST giebt zu, dass das Überwiegen des Mononatriumphosphats über das Dinatriumphosphat oder die hohe Acidität den größten Einfluss auf das Ausfallen der Harnsäure im Harn habe, aber es giebt nach ihm noch andere Faktoren. Diese seien der Reihe nach niedriger Quotient $\frac{\text{Harnstoff}}{\text{Harnsäure}} \left(\frac{U+}{U-} \right)$, ferner konzentrierter Harn, Abkühlung des Harns. Faktoren, die die Zersetzung der Urate in Harnsäure und Natrium befördern, seien: 1. hohe Acidität, 2. niedriger Quotient $\frac{\text{Harnstoff}}{\text{Harnsäure}} \left(\frac{U+}{U-} \right)$, 3. nicht konzentrierter Urin, 4. wenig neutrale Salze, 5. wenig Pigment. Ein Ausfallen von Uraten und Harnsäure in alkalischen Harnen sei eine Unmöglichkeit, wenigstens habe er dies nie beobachtet.

Über die sonstigen Versuche des Verfassers und die von ihm sodann gezogenen Folgerungen sei hiermit auf das Original verwiesen.

Neuhaus-München.

Über die diuretische Wirkung des Harnstoffs, von WILHELM FRIEDRICH. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 17.) KLEMPERER hat jüngst auf Grund der Versuche von v. MERING und RÜDEL den Harnstoff als Diuretikum empfohlen. Der Verfasser weist nun darauf hin, dass er bereits 1892 auf Grund von Experimenten auf die diuretische Wirkung des Harnstoffs hingewiesen und die Verwendung desselben bei mangelhafter Diurese und normaler Niere empfohlen habe. Versuche am Krankenbette hat er nur wenige gemacht, zwei Fälle von Leberleiden berichtet er. In beiden ist trotz zaghafter Dosierung eine Wirkung deutlich nachweisbar gewesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

LINOSSIER beschreibt folgende Methode zur **Bestimmung des Harnstoffs im Urin**. In eine weithalsige, ca. 100,0 fassende Flasche mit einem Kautschukstöpsel, in welchem ein kupferner Hahn befestigt ist, werden 35 ccm einer Lösung von unterbromigsaurem Natron gebracht. Ferner kommt in diese Flasche ein dickwandiges, cylindrisches, 2,5 des zu untersuchenden Harns enthaltendes Glasgefäßchen in der Weise, dass zunächst der Urin sich mit der Bromlauge nicht vermischen kann. Dann wird die Flasche verstopft, der Hahn geschlossen und die beiden Flüssigkeiten

unter vorsichtigem Schütteln vermischt. Nun wird die Flasche umgestürzt und in der Weise über einen graduierten, ca. 50,0 fassenden Glascylinder gehalten, daß sich der entwickelte Stickstoff in das Wasser ergießt und derart eine entsprechende Menge desselben verdrängt. Jeder Kubikzentimeter der verdrängten Wassermenge giebt in Grammen die Quantität Harnstoff pro Liter Urin an. (*Lyon méd.* 1896. No. 29.)

C. Müller-Genf.

Die Frühdiagnose der descendierenden Tuberkulose des uropoëtischen Systems, von WILLY MEYER. (*New Yorker med. Wochenschr.* 1896. No. 6.) Die descendierende Tuberkulose ist stets einseitig, ihre frühzeitige Erkennung von allergrößter Wichtigkeit. Dazu bedarf es einer genauen Untersuchung auf Tuberkelbacillen, eventuell nach vorheriger Injektion einer ordentlichen Dosis Tuberkulin, und vor allem des Cystoskops, besonders des Ureterencystoskops. Als in hohem Maße charakteristisch für Nierentuberkulose beschreibt der Verfasser folgendes cystoskopische Bild. Der Rand der Ureterenmündung auf der erkrankten Seite ist deutlich injiziert, von ihm zum leicht geröteten Trigonum sieht man etappenförmig eine Reihe entzündeter, umschriebener Stellen der Blasenschleimhaut, absolut normale zwischen sich lassend. Der Verfasser vergleicht dieselben mit den Spuren von Fußstapfen im frisch gefallenem Schnee. Es sind die ersten Fußstapfen des Feindes in vorher unberührtem Gebiete. Nur die einseitige, primäre Nierentuberkulose giebt solch' ein Bild.

Jessner-Königsberg i. Pr.

BRUNI beschreibt zwei Fälle, welche den Wert der Cystoskopie zur Feststellung der Frühdiagnose bei Nierentumoren klarlegen. In beiden Fällen handelte es sich um hartnäckige Hämaturie, welche einen Blasen tumor vortäuschten. Der eine der beiden Patienten war früher wegen eines Blasenepithelioms operiert worden. Die Cystoskopie ergab aber, daß die Blase vollständig frei von Recidiv war und normal aussah, daß aber die Blutungen aus dem einen Ureter kamen und daß es sich um einen Nierenkrebs handeln mußte. Auch bei der zweiten Patientin, einem 16jährigen Mädchen, sah die Blasenschleimhaut normal aus, dagegen quoll auch hier bei jedem Drucke auf die eine Nierengegend reichlich Blut aus der Uretermündung. Die abgetragene Niere der betreffenden Seite erwies sich als von Tuberkeln durchsetzt. (*Rif. med.* 1896. No. 113.)

C. Müller-Genf.

Ein verirrter Ureter, von W. H. MAXSON. (*Med. News.* 21. März 1896.) In dem vorliegenden, sehr bemerkenswerten Falle handelte es sich um eine 22jährige, sonst durchaus gesunde Patientin, welche, solange sie denken kann, an stetigem Absickern des Urins gelitten hatte und alle denkbaren Behandlungsmethoden ohne Erfolg durchgemacht hatte. Wegen gleichzeitiger Dysmenorrhoe wurde eine Untersuchung in Narkose vorgenommen, und nun stellte es sich heraus, daß der linke Ureter außerhalb des Sphincter vesicae in den Meatus urinarius externus mündete. Der Ureter wurde von der Vagina aus freigelegt, die Blase an einer geeigneten Stelle incidiert, das freigelegte, etwas abgekürzte Ureterende eingeführt und festgelegt. Die Heilung war nach vier Wochen eine vollständige und kann jetzt, zwei Jahre nach der Operation, als definitiv betrachtet werden.

Philippi-Remscheid.

Neue Beobachtungen von Ureterenimplantation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae, von MAYDL. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 28.) Verfasser berichtet über drei neue Fälle, in denen er die Ureteren wegen Ektopie in das Kolon implantierte. Von diesen Fällen starb einer, wahrscheinlich an den Folgen protrahierter Narkose; die anderen genasen. Die Mictio rectalis ging bei ihnen anstandslos von statten, nach Monaten war keine Komplikation, keine Nierenauffektion aufgetreten.

Der Verfasser geht so vor, daß er den Ureter samt einem ellipsenförmigen Stück der Blaseschleimhaut löst und in die Flexur einnäht. An dieser Stelle, wo meist feste Kothmassen liegen, ist die Gefahr der zur Niere aufsteigenden Infektion die geringste. Die implantierte Blasenwand heilt in die Rektalwand gut ein, das Epithel paßt sich dem Darmepithel gut an. Der implantierte Ureter wird gut ernährt, wofern man nur die Arteria umbilicalis nicht bei der Excision verletzt. Zum Schluß bespricht Verfasser kurz die Ureterenoperationen im allgemeinen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall früher physischer Entwicklung eines 6½-jährigen Mädchens, von WLADIMIROW. Bei dem Kinde waren die äußeren Geschlechtsorgane und die Brüste so entwickelt, wie bei einem 15–16jährigen Mädchen. Blutungen waren auch schon eingetreten. (*Med. Rundsch.* 1896. No. 10.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

MÜLLER-St. Fiden berichtet über einen Fall von **Atresia hymenalis congenita**, welche zu hochgradiger, eine Gravidität vortäuschende Hämatometra und Hämato-colpos geführt hat. Die Dicke des Hymens betrug 3 mm. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1896. No. 14.)

C. Müller-Genf.

Ein Fall von Spontanheilung einer Blasen-Scheidenfistel, nebst Zusammenstellung von 235 spontangeheilten Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes, von BODEN. (Inaug.-Dissert. Würzburg. 1895. Verlag von M. Voigt, Leipzig.) Verfasser beschreibt eine Patientin aus SCHULZES Jenenser Klinik, die im Anschluß an ihre erste Entbindung (Zange) eine Blasenscheidenfistel davontrug, die nach ca. vier Monaten spontan ausgeheilt war. Verfasser hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die spontangeheilten Fälle aus der Litteratur zusammenzustellen, und da er 235 fand, so scheint die Sache doch nicht allzu selten vorzukommen.

F. Hahn-Bremen.

Haematocoele para-vaginalis im Gefolge der Punktion einer Hydrocele, von LEMICHEZ. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Ein 30jähriger Mann war wegen unzweifelhafter Hydrocele punktiert worden, wobei etwa 1200 g hellgelber Flüssigkeit entleert wurden. Hierauf begab er sich zu Fuß nach Hause (1½ Kilometer weit). Auffälligerweise erlitt er vom Momente des Einstiches an mehrere Stunden lang einen lebhaften Schmerz, wurde viermal ohnmächtig, ferner trat durch die Trokartwunde eine bedeutende, schwer stillbare Blutung ein. Der Patient begab sich zu Bett, bemerkte jedoch zu seiner Überraschung, daß sein Hodensack rasch anschwell und schwärzlich sich verfärbte. Dies nahm zu, weshalb er sich ins Spital bringen liefs. Dasselbst konstatierte man am Tage nach der Punktion eine ungeheure Vergrößerung des Hodensacks: 47 cm Umfang, 16 cm Höhe, 13 cm Breite. Die schwärzliche Verfärbung erstreckt sich bis zum unteren Teil des Bauches, der oberen Partie der inneren Oberschenkelfläche und bis auf die Haut des Penis. Die Betastung ergab, daß die Hodensackshüllen der Sitz einer beträchtlichen blutigen Infiltration sind, welche die Betastung der darunter liegenden Organe behindert. 30 Stunden nach der Punktion konstatiert Prof. DURET außer der wandständigen Infiltrations-Haematocoele im Inneren des Hodensacks noch zwei Taschen; die eine an der unteren und hinteren Partie der rechten Hälfte gelegen, schließt den Hoden ein und wird gebildet von der diesbezüglichen Vaginalis, welche entweder die restige Hydrocelenflüssigkeit oder Blut enthält. Die andere größere Tasche liegt zur ersten genannten im Verhältnis vorn und oben, hebt sich deutlich von ihr ab und verlängert sich bis zur äußeren Öffnung des Leistenkanals.

Mit Rücksicht auf das jähe Erscheinen dieser letzten Tasche, ihre oberflächliche Fluktuation oder vielmehr ihre Resistenz, ihre Abgrenzung vom Hoden, wurde die Diagnose: Haematocoele para-vaginalis gestellt. Unter Hochlagerung des Scrotum, Überschlagen schwand die wandständige Hämatocoele, dagegen veränderte die Haematocoele para-vaginalis ihren Umfang nicht. Es wurde daher, 9 Tage nach der Punktion, die operative Beseitigung derselben versucht. Die Incision durch die Hüllen bis zum Cremaster entleerte zunächst 500 g geronnenes Blut, die Vaginalis wurde ebenfalls incidiert, von (100 g) flüssigem Blute befreit und so vernäht, daß doch noch eine tunica vaginalis verblieb.

Im Verlaufe der Operation stellte es sich heraus, wie eigentlich die dreifache Hämatocoele zu stande kam. Es besaß nämlich der Hoden eine verkehrte Lage, befand sich statt unten und hinten von der Hydrocele vorn und unten von derselben. Der Trokart war schief von vorn nach hinten und von unten nach oben zu eingedrungen und hatte den Kopf des Nebenhodens gestreift, wobei eines seiner Gefäße verletzt wurde. Daher die lebhaften Schmerzen im Momente der Punktion und der nachfolgende Bluterguß. Nach der Operation trat eine lebhafte Infiltration der Hodensackshüllen ein, die aber bald schwand. Heilung 15 Tage nach der Operation.

Neuhaus-München.

Über Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen, auf Grund von Beobachtungen beim weiblichen Geschlecht, von ISIDOR FISCHER. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 24.) Die häufigste Ursache der erworbenen Genitalatrophie ist die Tuberkulose; von 20 tuberkulösen Frauen zeigten 16 atrophische Veränderungen, ohne daß direkte Beziehungen zu etwa vorhandenem Fieber oder zum allgemeinen Ernährungszustande vorhanden wären. Die Atrophie betrifft Ovarien, Corpus und Collum uteri. Gravidität kann doch eintreten. Wahrscheinlich ist die Atrophie eine toxische, ebenso wie diejenige beim Morphinismus, bei Diabetes mellitus. — Ätiologisch wichtig sind ferner Infektionskrankheiten auf dem Wege von Entzündungen, Hämorrhagien oder Intoxikationen. Nervenkrankheiten können auch Genitalatrophie erzeugen, ebenso Chlorose und Adipositas nimia. Auch durch Morbus Addisonii und durch Druck eines Darmkonvolutes ist Atrophie erzeugt worden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine 28jährige Patientin mit **Kraurosis vulvae** stellt IS. NEUMANN vor. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 12.) Das klinische Bild ist das bekannte. Das Mikroskop ergibt: Die Hornschicht bildet bandartige, wellenförmig verlaufende Streifen; Kerne auch in der untersten Schicht kaum erkennbar; OEHLsche Schicht nicht zu sehen; Körnerschicht erhalten, Stachelschicht besonders deutlich entwickelt. Cutisgewebe dicht verfilzt mit zahlreichen Kernwucherungen; Papillarschicht erhalten, die Papillen stellenweise verlängert, gewuchert ohne deutliche Gefäßschlingen. Die Gefäße stellenweise von Wucherungen eingeschlossen, Wucherung des Endothels. Der Befund spricht für Verdickung des Epithels, Rarefizierung der Gefäße, Schrumpfung der Cutisgewebe. Es ist eine offene Frage, inwieweit äußere Einflüsse, Blennorrhoe, Masturbation, Ekzeme die Ursache der Kraurosis bilden. Mit der senilen Atrophie und der Sklerodermie zeigt der Prozeß keine Verwandtschaft.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Abortivbehandlung des Trippers, von A. LYONS. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Die Methode des Verfassers besteht darin, daß er nach Konstatierung der Gonokokken mittelst Spritze 3,75 g einer 4%igen Höllesteinlösung in die Harnröhre einspritzt, eventuell nach 24 Stunden das gleiche Quantum einer 2%igen Höllesteinlösung, eine dritte Injektion von 1%iger Arg. nitr.-Lösung wäre noch zu versuchen, wurde von ihm aber nicht benutzt. Blieben dann noch Gonokokken nachweisbar, solle man von der abortiven Methode abstecken. Unter 15 nicht ausgewählten Fällen hätte er 10 Mal in einem Zeitraum von einem bis zu sechs Tagen Heilung (?) erzielt, keine ernstliche Komplikation sei dazu getreten.

Neuhaus-München.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe des Mannes, von CASSINE. (*Rev. intern. de méd. et de chir.* Januar 1896.) Verfasser skizziert nacheinander: 1. die neue Methode der Ausspülungen mit Kalium permanganicum und 2. die alte, methodische Behandlung mit Balsamicis und Injektionen. Er ist der Ansicht, daß beide ihren Wert haben, und daß man nicht grundsätzlich die eine empfehlen und die andere widerraten könne. Zur Bestimmung des Zeitpunktes der definitiven Heilung empfiehlt Verfasser die künstliche Erzeugung einer chemischen Entzündung: Am Abend werden einige Tropfen einer 1%igen Argent. nitric.-Lösung in die Urethra geträufelt und am darauf folgenden Morgen der in der Harnröhre gebildete Eitertropfen auf Gonokokken untersucht. Fehlen diese vollständig, so ist die Entzündung als eine rein chemische und die Heilung als eingetreten zu betrachten. (Nach *Giorn. intern. delle scin. med.* 1896. No. 6.)

C. Müller-Genf.

Über die Therapie der Blennorrhoe nach JANETS Methode, von BUKOVSKY. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Die Prüfung der JANETSchen Blennorrhoebehandlung an 21 Kranken, worunter 19 ganz akut erkrankte, auf der JANOVSKISchen Klinik führte den Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Ein vollständiges Verschwinden der Gonokokken wurde in keinem Falle konstatiert, selbst wo 29 Injektionen gemacht waren.
2. Die eiterige Sekretion vermindert sich zwar, eine seröse Infiltration, wie sie JANET schildert, zu erzielen, ist nicht gelungen.

Infolgedessen kann Verfasser die günstigen Ergebnisse JANETS in keiner Weise bestätigen. Als Nebenwirkung wurde einmal eine periurethrale Entzündung beobachtet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Kalium permanganat-Irrigationen bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von G. K. SWINBURNE. (*Amer. med. surg.-bull.* 1896. No. 5.) Die JANETSche Methode wurde angewandt in über 1000 Fällen akuter und chronischer Blennorrhoe, in weiteren 150 Fällen, die bereits mit akuter Epididymitis in Behandlung kamen, und in über 100 Fällen von gleichzeitiger Spermatocystitis. Von den 1000 Fällen acquirierten, so weit dies Verfasser bekannt ist, nur 4 eine Epididymitis und von diesen fällt die Komplikation nur einmal der Behandlung zur Last. Bei der Prüfung des Wertes einer neuen Methode kommen nach S. ganz besonders die Erfolge bei den erstmaligen, akuten Blennorrhoeen in Betracht und S. giebt deshalb einen genaueren Bericht über 40 solcher Fälle. Von diesen wurden 21 geheilt, in 50% folgte eine Urethritis posterior; die mittlere Behandlungsdauer betrug 25 Tage. Die Erfolge sind günstiger wie bei den anderen Behandlungsmethoden. Als Vorzüge werden angegeben: Rasche, beträchtliche Verminderung der Sekretion, Abkürzung des Krankheitsverlaufes, Fehlen von wesentlichen Beschwerden. Selteneres Auftreten

von Urethritis posterior, Strikturen, Epididymitis und Sekundärinfektion der Schleimhaut durch andere Mikroben.

Die Irrigationen wurden stets vom Arzte gemacht und zwar nur einmal täglich mit $\frac{1}{4}$ l Flüssigkeit, deren Temperatur allmählich gesteigert wurde. Die Urethra posterior wurde nur in Fällen ausgespült, bei welchen die Beteiligung derselben an dem Entzündungsprozesse anzunehmen war, ferner stets wenn die Erkrankung schon über 3 Wochen bestand, und wenn schon frühere Attaquen vorausgegangen waren.

H. Einhorn-München.

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol, von F. LEGUEU und L. LÉVY-Paris. (*Therap. Wochenschr.* 1896. No. 9.) Bei drei Kranken mit chronischer Urethritis und zwei mit akuter Blennorrhoe wurden nach vorausgeschickter Auswaschung der Harnröhre mit einer Borsäurelösung in die vordere Urethra 10 ccm einer Airolglycerinemulsion auf zweimal injiziert. (B Airol 2,0, Aq. dest. 5,0, Glycerin 15,0). Die zur Heilung erforderliche Anzahl der Injektionen betrug nur 3—5. Schon nach den ersten beiden nahm der Ausfluß ab, die Harnentleerung wurde weniger schmerzhaft und die nächtlichen Erektionen weniger heftig. Nach 3, 4, 5 Tagen war der Ausfluß gänzlich geschwunden.

Die Urethritis posterior hatte in dem einen Falle bereits 3 Monate, in dem anderen 2 Monate und im dritten 5 Wochen bestanden und war durch Injektion anderer Substanzen erfolglos behandelt worden.

H. Einhorn-München.

Zur Frage der radikalen Behandlung der chronischen Blennorrhoe beim Manne, von N. PREISS. Autor vertritt die Ansicht, daß einem jeden Tripper eine Verengung der Urethra folgt, die den chronischen Zustand der Affektion aufhält; daraus folgt, daß bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe vor allem die Striktur gehoben werden muß, wozu PREISS die BENIQUEschen Sonden (täglich für 3—5 Minuten in die Harnröhre eingeführt) verwendet. Der Unterschied in den Durchmessern muß ein geringer sein, so daß Autor statt den 30 Nummern Charrière 70 Nummern einführt, mit einer Differenz von $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$ mm im Durchmesser. Bei der Einführung dieser Sonden, die die Kranken sehr gut vertragen, findet nicht die geringste Reizung der Harnröhre statt. Ist die Striktur zu stark, so muß der Sondenbehandlung ein operativer Eingriff vorangehen; auch kann bei geringer Weite des Orificium externum eine Urethrotomia externa angezeigt sein. Hält trotz der Sondierung der Ausfluß an, so führt Autor in besonderen, mit 4 Aushöhlungen versehenen Sonden in die Urethra folgende Salbe ein: B Lanol. anhydr. 10,0, Cerae albae 2,0, Argent. nitr. 0,5—0,15; oder Ungt. tannic. (0,06—4,0:60,0) oder Ungt. mercur. praecip. rubr. (0,06—5,0) oder dergl. In solchen Fällen befriedigten Autor auch Sozodolozink-Injektionen (0,75—200,0), Cadm. salicyl. (0,06—30,0), Ac. citr. (1:100) u. s. w. Innerlich wendet er zugleich Balsamica an und Wasser Essentucki No. 4, Salvator etc. Anämie wird berücksichtigt und behandelt. Die Sondenbehandlung muß unter allen aseptischen Kautelen 1—2—4 Monate dauern. Von 917 Fällen sah Autor in 788 völlige Heilung des chron. Trippers. Einem Wiederauftreten der Striktur muß durch Wiederholung der Sondenbehandlung vorgebeugt werden. (*Medicyna.* 1896. No. 6—7.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über die diffuse blennorrhoeische Peritonitis, von P. BRÖSE. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 35.) Die Arbeiten von NOEGGERATH und WERTHEIM haben gezeigt, daß ohne Mischinfektion, lediglich durch Gonokokken eine Peritonitis entstehen kann. MENGE und VEIT haben dann diffuse Peritonitis infolge von Blennorrhoe beim Weibe beobachtet, die unter stürmischen Erscheinungen in der späteren Zeit des Wochenbetts auftrat.

Zwei neue Fälle von blennorrhöischer Peritonitis hat der Verfasser gesehen, die er hier berichtet.

Ein 27jähriges Mädchen mit Blennorrhoe bekam eine Pelveoperitonitis, die nach mehreren Wochen heilte. Ein halbes Jahr später wird der in Retroflexion fixierte Uterus in Narkose gelöst, darauf entsteht eine heftige diffuse Peritonitis unter sehr beängstigenden Erscheinungen. Die auf Grund der Annahme, daß Blennorrhoe die Ursache ist, gestellte günstige Prognose traf ein.

Der andere Fall betrifft eine 40jährige Dame mit blennorrhöischer Salpingitis, bei der sich eine diffuse Peritonitis entwickelte, die auch trotz der schwersten Symptome in Genesung endete.

Der Verlauf der blennorrhöischen Peritonitis ist insofern ein eigenartiger, als die Erscheinungen sehr stürmisch sind, dennoch aber der Verlauf ein günstiger ist. Es wird die Therapie deshalb mehr eine exspektative sein müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Die Bedeutung der Dermatologie auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaft, von J. SELENOW. (*Allwöchentl. mediz. Ztg.* 1896. No. 18.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die physiologische Bedeutung der Hautfunktion wird über das Vorkommen, die Menge und Art der Bakterien in der Haut nach anderen Arbeiten referiert.

Pathologische Veränderungen der Haut bei Infektionskrankheiten, wie Erytheme bei Cholera, Dysenterie, Influenza etc., oder Roseola bei Typhus abdominalis sind wahrscheinlich der lokale Ausdruck der Infektion. Eine große Rolle beim Zustandekommen von Hautkrankheiten spielt das periphere Nervensystem; von manchen Autoren werden Hautkrankheiten wie Prurigo, Pemphigus, Psoriasis etc. in direkten pathogenetischen Zusammenhang mit dem peripheren Nervensystem gebracht. Nicht ohne Relation stehen auch Erkrankungen der inneren Organe, besonders die der Verdauungsorgane und der Leber.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Die Behandlung frischer Finger- und Handverletzungen, von J. L. BEYER. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 97.) Die Behandlung von Fingerverletzungen muß möglichst eine konservative sein; das Nähen der Wunden ist nicht ratsam. Man verfährt am besten folgendermaßen: Blutstillung, Reinigung im Handbad mit Seife und Bürste, Abtrocknen mit Äther oder Benzin, Handbad in schwach antiseptischer Lösung, Sublimat oder Actol (1:5000); im Bade Reinigung der Wunde selbst. Darauf Aufpudern von Itrol und trockner Verband; nur bei starker Quetschung und Verunreinigung feuchter Wasserverband ohne Antiseptika. Der trockene Verband bleibt 5—10 Tage, der feuchte einen Tag liegen; letzterer wird nach 2—4 Tagen durch einen trockenen ersetzt. Etwa nötige Operationen werden 2—8 Tage nach der Verletzung ausgeführt. Schienung ist notwendig, zumal bei Knochen- und Sehnenverletzungen. Gymnastik, Massage etc. folgen später. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Nebennieren. Wirkungen der Transplantation derselben, von N. DE DOMINICIS. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 1.) Von den vielen Nebennierentheorien hat diejenige am meisten Anhänger, die annimmt, daß die Nebennieren analog der Thyreoidea im Körper zirkulierende Gifte, die aus der vegetabilischen Nahrung stammen sollen, zu paralisieren. Der Verfasser steht der Autointoxikationstheorie für den Tod nach Exstirpation der Nebennieren nicht sympathisch gegenüber. Er berichtet folgende Experimente: Die Tiere gehen nach beiderseitiger Nebennierenexstirpation in 2—4 Stunden zu Grunde; der Tod erfolgt erst nach 18—24 Stunden, wenn vorher das Rückenmark oberhalb der Nebennieren durchtrennt war.

Wird eine Nebenniere gelockert und, nachdem ihr Stiel unterbunden, nach der vorderen Fläche der Niere verschoben, dann bleibt das Tier gesund. Es stirbt aber, wenn die zweite Nebenniere entfernt wird. Also die Implantation einer Nebenniere schützt nicht vor dem Tode nach der Exstirpation. Es verhält sich hier also die Sache ganz anders, als bei der Schilddrüse. Auch die Injektion frischer, macerierter Nebennierensubstanz in die Jugularvene schützt nicht vor dem Tode.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hauttransplantation nach KRAUSE bei den plastischen Operationen im Gesicht, von J. F. ERDMANN. (*Amer. med. and surg. bull.* 24. Oktober 1896.) Genaue Beschreibung der Methode und ihrer Vorzüge; ausgezeichneter Erfolg der Rhinoplastik bei 2 Fällen, deren Krankengeschichte mitgeteilt wird.

H. Einhorn-München.

Henri Feulard †

Im Jahre 1859 geboren, war FEULARD von 1881—1885 Interne des Hôpitaux, erlangte den Doktorgrad 1886 auf Grund seiner Arbeit: *Teigne et Teigneux*, fungierte 1888—1891 als Chef de Clinique im Hôpital St. Louis und wurde Arzt am Krankenhause St. Lazare im Jahre 1892. Zuletzt war er auch Vorstand der Hautambulanz im Kinderhospital. Die französische Dermatologische Gesellschaft verdankt ihm vieles. Er verwaltete mit Geschick das weltberühmte Musée Baretta, dessen Moulagenkatalog er 1889 herausgegeben hat, und war Bibliothekar und Sekretär der Gesellschaft. Die Teilnehmer des Pariser internationalen Kongresses von 1889, bei dem er als General-Sekretär tätig war, werden sich seiner liebenswürdigen Persönlichkeit deutlich erinnern. FEULARD war auch wissenschaftlich sehr tätig. Es sei hier nur allgemein auf seine zahlreichen Publikationen in den *Annales de Dermatologie* hingewiesen, von denen viele sehr bedeutend waren. An der Redaktion der *Annales* nahm er seit 1890 als Sekretär teil.

Er fand seinen Tod als Opfer der Flammen bei der schrecklichen Brandkatastrophe in der Rue Jean Goujon am 4. Mai, als er, nachdem er sich und seine Familie glücklich ins Freie gebracht hatte, sich wiederum in die Flammen stürzte, um andere zu retten . . .

Wer diesen ausgezeichneten Menschen und Kollegen näher gekannt hat, wird ihn aufrichtig beweinen.

Dr. SACK.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Cie., Elberfeld.



Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis,
Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz
und in 5–10% Salbe.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:

Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata,
Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric.
pulv. a. p. aequ.; als 3–5% Salbe und als Collodium
spec. für Schnittwunden.

Verlag von OSCAR COBLENTZ in Berlin W. 35

Soeben ist erschienen:

Dr. Alfred Lanz

Privatdozent für Dermatologie und
Syphilis a. d. Kais. Univ. Moskau.

**Klinische und experimentelle
Beiträge zur Pathogenese der
mercuriellen Stomatitis und
Salivation. Mit einer Lichtdrucktafel.
Mark 7.50.**

Zu beziehen durch sämtliche Buchhandlungen, sowie direct vom
Verlage OSCAR COBLENTZ in Berlin W. 35.

Staatsmedaille f. gewerbl. Leistungen 1896.

Benno Jaffé & Darmstädter,

Lanolin-Fabrik, Martinikenfelde b. Berlin.

Lanolinum puriss. Liebreich.

Lanolinum puriss. Liebreich anhydricum
bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

Neinheit { **Adeps lanae puriss. BJD cum aqua, weiss.**
Adeps lanae puriss. BJD anhydricus, hellgelb.

Adeps lanae BJD cum aqua.

Adeps lanae BJD anhydricus

fettsäurefrei, **mangantfrei**, frei von jeder Klebrigkeit.

Sämmtliche Qualitäten werden

absolut geruchfrei!

geliefert und entsprechen selbst den hochgespanntesten Anforderungen.

Lanolin-Cold-Cream zur Massage

Marke „**Pfeilring**“.

Lanolin-Toilette-Cream-Lanolin

Marke „**Pfeilring**“ in Dosen und Tuben.

Ueberfettete neutrale u. alkalische

Stück- u. Pulver-Seifen

werden

nach

Angabe

des Herrn Obermannzt.

Dr. J. Eichhoff in Elberfeld

nur allein
hergestellt
durch die
Seifenfabrik
von

Ferd. Mülhens

Glockengasse N° 4711

KOELN a/ RH.

Listen und Indications-
Verzeichnisse der
über 130 verschiedenen
Sorten versendet die
Fabrik auf Verlangen.
den Herren Aerzten u. Apothekern gratis u. franko.

Liquor adhaesivus Dr. Schiff „Filmogen“.

Ein neues, nach Angabe von Dr. Schiff, Docent für Hautkrankheiten an der k. k. Wiener Universität, dargestelltes Vehikel, zur Aufnahme aller in der Dermatotherapie angewendeten Arzneistoffe und deren bequemen und eleganten Application auf die Haut.

Vielfache, an den verschiedenen Wiener Kliniken damit angestellte Versuche fielen sehr befriedigend aus und haben sich hierüber auch die Herren Professoren Kaposi, Lassar und Dr. Unna gelegentlich des diesjährigen internationalen Dermatologen-Congresses in London sehr anerkennend ausgesprochen.

„FILMOGEN“

sowie Lösungen von Salicylsäure, Ichthyol, Resorcin, Chrysarobin, Pyrogallol, Cocain, Theer etc. etc. zu 5 oder 10%, werden als „Salicylfilmogen“ — „Ichthyolfilmogen“ — „Resorcinfilmogen“ etc. dargestellt in der

Apotheke „zum König von Ungarn“

des

Carl Brady in Wien 1/I Fleischmarkt 1.

Haupt-Depôt für Deutschland: Apoth. G. Henke, Berlin W., Chausseestrasse 11.

Tannoform

Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure in Form von Streupulver, 10%iger Seife und 10%iger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Haemorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmkatarrhen** in der Dosis von 1 grm.—2 grm. täglich liefert

E. Merck

Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Vasogen



emulgierende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe (Vaseline) sind Lösungsmittel für verschiedene Medicamente, wie Jodoform, Jod etc. Im Vasogen gelöst, sind diese reizlos für Haut und Schleimhäute, gelangen auch bei äusserlicher Anwendung zur vollkommenen Resorption (durch Harn-Analysen erwiesen) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene sind in Kliniken, Krankenhäusern etc. in ständigem Gebrauch:

Jodoform 1 $\frac{1}{2}$ u. 3%	Jod 3, 6 u. 10 %	Kreosot 5, 20 u. 33 $\frac{1}{3}$ %
Guajacol 20 %	Ichthyol 10 %	Creolin 15 u. 50 %
Eucalyptol 20 %	Salicyl 2 %	Menthol 25 u. 20 % etc.

Campher-Vasogenin, (Camphor, Chloroform, Vasogen, prt. aeq.) bei Gicht, Rheuma, Hexenschuss etc. als überraschend schnell wirkendes schmerzstillendes Mittel bewährt.

Vasogenum spissum, aseptische, unbegrenzt haltbare, mit Wasser emulgierende und die meisten Medicamente lösende oder in feinsten Vertheilung aufnehmende Salbengrundlage. Die überaus leicht von der Haut resorbirbaren 33 $\frac{1}{3}$ und 50% Hg.-Vasogenalben sind auch in handlichen Kapseln von 3, 4 und 5 Gramm erhältlich.

Proben versende gratis und franco.

Vasogen-Fabrik E. T. PEARSON, Hamburg.

Herr Dr. Johann Merlín, Abthlg. Chefarzt und Regimentsarzt in Triest erklärt sich in einem in No. 40 des Wiener Med. Bl. erschienenem Berichte in nachstehender Weise über seine bei acuter Gonorrhöe mit unserem

„Aïrol“

gemachten Erfahrungen.

„Nachdem die mannigfachen Vorzüge dieses neuen Antisepticums und Wundheilmittels wiederholt hervorgehoben wurden, welche ich in jedem Falle bestätigen kann, übergehe ich auch die Schilderung der 204 Fälle verschiedener chirurgischer Erkrankungen schwererer und leichterer Form, welche mit Aïrol (Gaze, Pulver, Collodium-Salbe) behandelt, sehr günstig verlaufen sind und möchte nur die ausserordentlich guten Resultate bei:

acuter Gonorrhöe

hervorheben.

Von der erstgenannten Infection kamen 58 Fälle (alle 6–8 Tage post infectionem) mit positivem Coccenbefund zur Behandlung, welche darin bestand, dass die Kranken auf die entsprechende Diät gesetzt, die Urethra täglich mit sterilisirtem Wasser zweimal vorsichtig ausgespült und ebenso oft sofort nach der Ausspülung mit der gut aufgeschüttelten Aïrol-glycerinemulsion Aïrol 1 $\frac{1}{2}$ gr. Glycerin 105 gr. Aqua dest. 35 gr. aus einer sterilisirten Spritze eingespritzt wurde. Die Kranken mussten die Injectionsflüssigkeit 10 Minuten halten, wobei selten über geringes Brennen geklagt worden ist. N.ä.h. meiner Beobachtung hörte die Secretion am vierten bis fünften Tag auf eitrig zu sein und nach durchschnittlich 14–20 Tagen konnten die Patienten als geheilt bezeichnet werden. Gewiss ein günstiges Resultat!

Literatur und Gratismuster stellen wir den Herren Aerzten gern zur Verfügung.

Hoffmann - La Roche & Co.

Fabr. chem. pharm. Producte,
Basel (Schweiz).

Sämmtliche Verbandstoff-Fabriken stellen Aïrolgaze her.

RL

Dermatologische Monatsschrift

1

D447

Bd.24

Nr.2,5-

11

35

BioMed

Ser.

PLEASE DO NOT REMOVE
CARDS OR SLIPS FROM THIS POCKET

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY
